

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
VISOKA ŠOLA ZA ZDRAVSTVO IZOLA

DIPLOMSKA NALOGA

Izola, maj 2011

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
VISOKA ŠOLA ZA ZDRAVSTVO IZOLA

SEKUNDARNA PREVENTIVA V BOJU PROTI RAKU

SECONDARY PREVENTION AGAINST CANCER

Študent: ANDREJA EGHAREVBA

Mentor: prof. dr. MAJA ČEMAŽAR, univ. dipl. biol.

Somentor: asist. MARJANA BERNOT, dipl. m. s., univ. dipl. org.

**Študijski program: VISOKOŠOLSKI STROKOVNI ŠTUDIJSKI
PROGRAM**

Študijska smer: ZDRAVSTVENA NEGA

Izola, maj 2011

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
VISOKA ŠOLA ZA ZDRAVSTVO IZOLA

SEKUNDARNA PREVENTIVA V BOJU PROTI RAKU

SECONDARY PREVENTION AGAINST CANCER

Študent: ANDREJA EGHAREVBA

Mentor: prof. dr. MAJA ČEMAŽAR, univ. dipl. biol.

Somentor: asist. MARJANA BERNOT, dipl. m. s., univ. dipl. org.

**Študijski program: VISOKOŠOLSKI STROKOVNI ŠTUDIJSKI
PROGRAM**

Študijska smer: ZDRAVSTVENA NEGA

Izola, maj 2011

KAZALO VSEBINE

1 UVOD.....	1
1.1 Namen diplomskega dela.....	1
1.2 Cilji diplomskega dela	1
1.3 Preventiva v boju proti raku.....	2
2 SEKUNDARNA PREVENTIVA V BOJU PROTI RAKU	4
2.1 Presejanje za odkrivanje raka.....	4
2.2 Zgodnje odkrivanje nastanka raka	6
3 PRIPOROČILA SVETA EVROPSKE UNIJE O PRESEJANJU ZA RAKA	7
4 DRŽAVNI PRESEJALNI PROGRAM ZA RAKA MATERNIČNEGA VRATU – ZORA	9
4.1 Stanje v Sloveniji pred uvedbo državnega presejalnega programa ZORA.....	9
5 DRŽAVNI PRESEJALNI PROGRAM ZORA	11
5.1 Rezultati državnega presejalnega programa ZORA	11
5.1.1 Pregledanost ciljne skupine žensk.....	12
5.1.2 Obveščenost in odziv na vabila	13
5.1.3 Presejalni brisi materničnega vratu	15
5.1.4 Kakovost brisov materničnega vratu.....	16
5.1.5 Citološki izvidi presejalnih brisov materničnega vratu.....	16
7 DRŽAVNI PRESEJALNI PROGRAM ZA RAKA DOJK – DORA	18
7.1 Stanje v Sloveniji pred uvedbo državnega presejalnega programa Dora	18
8 EVROPSKI STROKOVNO-POLITIČNI OKVIR PRESEJALNIH PROGRAMOV ZA RAKA DOJK.....	21
9 VREDNOTENJE IN OCENA KAKOVOSTI PRI DRŽAVNEM PRESEJALNEM PROGRAMU DORA	23
9.1 Pomanjkljivosti presejanja pri državnem presejalnem programu Dora.....	23
9.1.1 Izpostavljenost ionizirajočemu sevanju pri mamografiji	24
9.1.2 Napačno negativni izvidi pri mamografiji	24
9.1.3 Napačno pozitivni izvidi pri mamografiji	25
10 DRŽAVNI PRESEJALNI PROGRAM DORA	26
10.1 Rezultati državnega presejalnega programa Dora	27
11 VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI DRŽAVNEM PRESEJALNEM PROGRAMU - DORA.....	28

12 DRŽAVNI PRESEJALNI PROGRAM ZA RAKA NA DEBELEM ČREVESJU IN DANKI – SVIT	29
12.1 Stanje v Sloveniji pred uvedbo državnega presejalnega programa Svit	30
13 DRŽAVNI PRESEJALNI PROGRAM SVIT	33
13.1 Rezultati pilotne študije državnega presejalnega programa Svit	36
14 VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI PRESEJALNEM DRŽAVNEM PROGRAMU SVIT	41
15 VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI DRŽAVNIH PRESEJALNIH PROGRAMIH	42
16 ZAKLJUČEK	43
17 SEZNAM VIROV	44

KAZALO SLIK

Slika 1: Odstotni delež vseh rakov po spolu in starostnih skupinah za Slovenijo leta 2007.....	2
Slika 2: Najpogostejši raki po lokaciji raka pri obeh spolih za Slovenijo leta 2007	3
Slika 3: Umeščanje sekundarne preventive pri poteku rakave bolezni	4
Slika 4: Prikaz deležev udeležene populacije in ugotavljanje primerov pri individualnem in organiziranem presejanju.....	5
Slika 5: Groba standardizirana incidenčna stopnja raka materničnega vratu za Slovenijo od leta 1962 do 2007	10
Slika 6: Odstotni delež žensk po starostni skupini z najmanj enim brisom materničnega vratu v treh triletnih obdobjih	12
Slika 7: Delež žensk med 20. in 64. letom z najmanj enim brisom materničnega vratu v treh triletnih obdobjih po zdravstvenih regijah.....	13
Slika 8: Incidenca raka dojk po svetu, stopnja na 100.000 žensk	18
Slika 9: Groba standardizirana incidenčna stopnja raka dojk za Slovenijo od leta 1962 do 2007	19
Slika 10 : Groba standardizirana incidenčna stopnja raka debelega črevesja za Slovenijo od leta 1962 do 2007	30
Slika 11: Prikaz sheme delovanja državnega presejalnega programa Svit za odkrivanje raka debelega črevesja in danke	35
Slika 12: Podatki o vabljenih pacientih v pilotni fazi Svit	37
Slika 13: Delež najdb med vsemi kolonoskopijami in prikaz razlike med spoloma.....	38
Slika 14: Delež najdb med vsemi kolonoskopiranimi osebami.....	39

KAZALO PREGLEDNIC

Preglednica 1: Število prvih in ponovnih vabil iz Registra ZORA v obdobju od 1. 1. 2005 do 31. 12. 2007	14
Preglednica 2: Odziv na prva vabila, poslana v obdobju 1. 1. 2005 do 31. 12. 2007 po starostnih skupinah žensk	15
Preglednica 3: Število vabljenih, naročenih ter slikanih žensk, število obdelav v obdobju 21. 2.–19. 6. 2008	27
Preglednica 4: Delež najdb med spoloma	38
Preglednica 5: Delež najdb med kolonoskopiranimi osebami.....	38

POVZETEK IN KLJUČNE BESEDE

Rak je druga najpogostejša bolezen po vzroku smrti v razvitem svetu, ki sledi kardiovaskularnim boleznim. Zaradi svoje kompleksnosti zahteva skrben nadzor in celostno obravnavo.

Namen diplomskega dela je predstaviti sekundarno preventivo na onkološkem področju, ki zajema tri državne presejalne programe za odkrivanje raka, in sicer ZORA, Dora in Svit ter pomen vloge medicinske sestre pri izvajanju le-teh.

V diplomskem delu je uporabljena deskriptivna metoda s pregledom strokovne literature.

Po pregledu strokovne literature ugotavljam, da je mediciska sestra promotor državnih presejalnih programov ZORA, Dora in Svit. Pri tem je njena vloga ozaveščati, informirati in motivirati ljudi o pomenu redne aktivne udeležbe le – teh, s katerimi se zmanjša možnost za nastanek raka.

Ključne besede: sekundarna preventiva, zdravstvena nega, presejalni programi, ZORA, Dora, Svit

ABSTRACT AND KEYWORDS

Cancer is the second most common disease by cause of death in the developed world, followed by cardiovascular disease. Because of its complexity, requires careful monitoring and comprehensive treatment.

The aim is to present a diploma on the secondary prevention of oncological field, which includes three national screening programs for cancer ZORA, Dora and Svit and the role of nurses in implementing them.

The diploma work uses the descriptive method with review of the scientific literature.

After the review of the scientific literature, i conclude that the practitioner nurse is the promoter of national screening programs ZORA, Dora and Svit. the role of practitioner nurse is to raise awareness, inform and motivate people about the importance of regular active participation only in those which reduce the possibility of cancer.

Keywords: secondary prevention, health care, screening programs, ZORA, Dora, Svit

1 UVOD

Po vzroku smrti v razvitem svetu je rak druga najpogostejša bolezen, ki sledi kardiovaskularnim boleznim. Rak je splošen izraz in obsega 100 različnih tipov malignih tumorjev, ki imajo različne značaje, odvisno od primarnega izvora v organu ter celic, ki so vključene, in njihovega biološkega obnašanja (1).

Po izračunih strokovnjakov naj bi se z uresničevanjem znanih ukrepov in postopkov ter z uporabo znanja pri obvladovanju raka v naslednjih 15 letih prepolovilo število smrti zaradi raka. Toda po dosedanjih izkušnjah iz različnih delov sveta je možno pri obvladovanju raka pričakovati zmanjšanje umrljivosti zaradi raka v 15 letih za 15 %. Kar pomeni v Evropi 320.000 ohranjenih življenj na leto, v Sloveniji pa letno 710 manj prezgodnjih smrti (2).

Za učinkovito preventivo je zelo pomemben sistemski pristop na državni ravni, ki omogoča informiranost, izobraženost in zavezanost za zdravo življenje in varovanje zdravja. Pomembna je tudi podpora socialnega okolja, ki omogoča in olajšuje odločitev za zdrave izbire, kot je zdrava prehrana, nekajenje, ustrezna telesna dejavnost in aktiven življenjski slog ter izogibanje tveganjem, povezanim z alkoholom in drugimi drogami (2).

Poleg informiranosti in ozaveščenosti ter primarne preventive so za učinkovito odkrivanje raka materničnega vratu, dojke ter debelega črevesa in danke pomembni presejalni programi organizirani na državni ravni (2).

1.1 Namen diplomskega dela

Namen diplomskega dela je predstaviti sekundarno preventivo na onkološkem področju, ki zajema tri državne presejalne programe za odkrivanje raka, in sicer ZORA, Dora in Svit. Pri tem želim opisati vsak državni presejalni program posebej in prikazati vlogo medicinske sestre pri izvajanju državnih presejalnih programov ZORA, Dora in Svit.

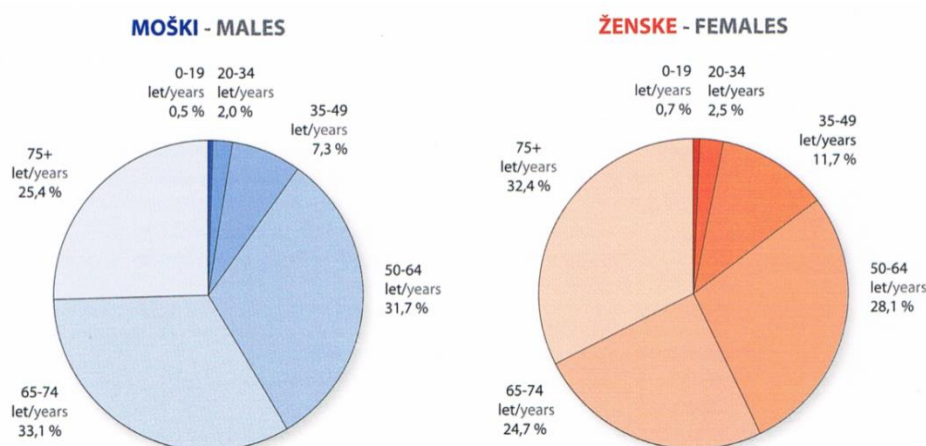
1.2 Cilji diplomskega dela

- Cilj diplomskega dela je prikazati, da so državni presejalni programi uspešni pri izvajanju in odkrivanju raka.
- Cilj diplomskega dela je potrditi, da so medicinske sestre pomembne pri ozaveščanju in vzpodbujanju ljudi za udeležbo v državnem presejalnem programu.

1.3 Preventiva v boju proti raku

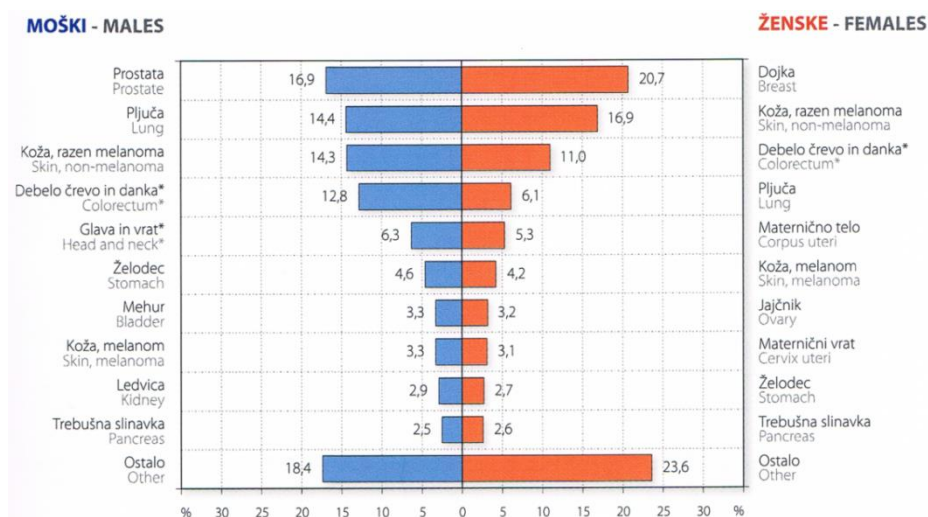
Leta 2007 je za rakom zbolelo 11.607 ljudi, od tega 6.083 moških in 5.524 žensk. Umrlo je 5.537 ljudi, od tega 3.146 moških in 2.391 žensk. Konec decembra 2007 je živel 76.459 ljudi, ki so od ustanovitve Registra raka Republike Slovenije imeli raka. Ocenjeno je, da bo do leta 2010 za rakom zbolelo 12.685 prebivalcev Slovenije, od tega 6.683 moških in 6.011 žensk (3).

Rak je v življenjskih obdobjih različno prisoten, izjemoma je prisoten pri mlajših od 19 let. Kot je razvidno iz slike 1, je manj kot 3 % vseh primerov raka med 20. in 34. letom starosti, več kot četrtina pacientov in pacientk zboli po 50. letu. Med 35. in 49. letom zboli za rakom nekaj več žensk kot moških, to je 11,7 % žensk in 7,3 % moških, med 50. in 74. letom pa se to razmerje obrne. Delež zbolelih med ženskami je spet večji po 75. letu starosti, saj je njihova pričakovana življenjska doba daljša (3).



Slika 1: Odstotni delež vseh rakov po spolu in starostnih skupinah za Slovenijo leta 2007 (1)

Med petimi vrstami raka, ki so po številu novih primerov najpogostejši, so rak kože, debelega črevesja in danke, pljuč, dojke in prostate. Predstavljajo 56,5 % vseh novih primerov rakave bolezni. Iz slike 2 je razvidno, da je bil pri moških leta 2007 najpogostejši rak prostate, ki je zamenjal pljučnega raka, ta je bil od leta 1976 do leta 2004 na prvem mestu in najpogostejši rak med moškimi. Pri ženskah je najpogostejši rak dojk (21 %), sledijo kožni rak, rak debelega črevesja in danke ter pljučni rak (3).



Slika 2: Najpogostejši raki po lokaciji raka pri obeh spolih za Slovenijo leta 2007 (1)

Sistem nadzorovanja raka predvideva delovanje preventive na primarnem, sekundarnem in terciarnem nivoju (4).

Če človek ni izpostavljen dejavniku tveganja, se zmanjša tveganje zboleženja za rakom. Tako primarna preventiva posega na pomembno področje javnega zdravstva (4).

Sekundarna preventiva za raka obsega opozarjanje na simptome in znake raka, čeprav se velikokrat pojavijo šele ob napredovani bolezni. Za odkrivanje nekaterih vrst raka obstajajo testi, s katerimi lahko ugotovimo pri ljudeh, ki nimajo nobenih težav, prisotnost raka. Take teste imenujemo presejalni testi (4).

Cilj sekundarne preventive je odkrivanje raka v zgodnjem stadiju, ko je zdravljenje raka bolj učinkovito. Če je zdravljenje učinkovito, se prepreči napredovanje bolezni in smrt zaradi bolezni (5).

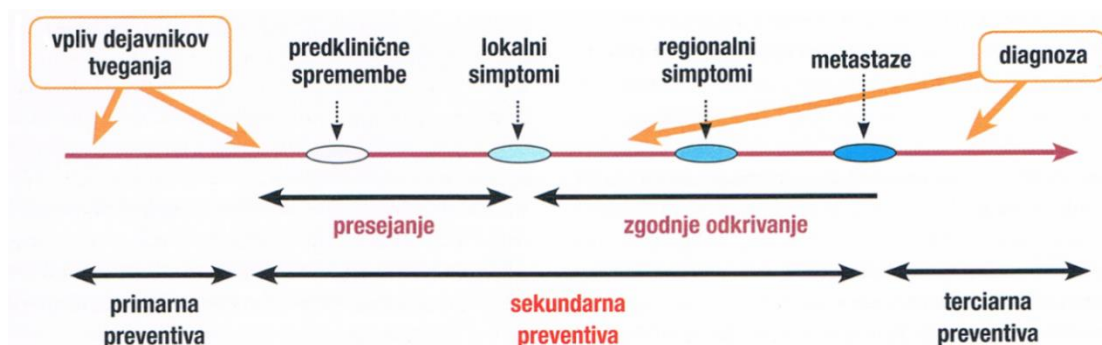
Terciarna preventiva obsega splošni napredek medicine z moderno anestezijo, ki je omogočil, da je več pacientov deležnih kirurškega zdravljenja. Izboljšala sta se tudi moderna kirurgija in obvladovanje okužb (4).

Pri terciarnem nivoju preventive je pomembna skrb za kakovostno življenje. Začele so se opuščati radikalne operacije pri raku na dojki, večja se število rekonstrukcij dojke, manj je prisotnih amputacij rok ali nog pri kostnih sarkomih in sarkomih mehkih tkiv. Izboljšala so se sredstva za zmanjševanje stranskih vplivov specifičnega zdravljenja ter za lajšanje bolečine (4).

Cilj terciarnega nivoja preventive je omejiti obolevnost ter prizadetost in omogočiti rehabilitacijo pacientom z rakom. Terciarni nivo preventive vključuje tudi preprečevanje komplikacij pri zdravljenju bolezni (1).

2 SEKUNDARNA PREVENTIVA V BOJU PROTI RAKU

Kot je razvidno iz slike 3, v sekundarno onkološko preventivo spadajo dejavnosti, s katerimi iščejo predrakave ali začetne rakave spremembe. Pomembna javnozdravstvena ukrepa sta zgodnje odkrivanje in presejanje. Pri zgodnjem odkrivanju je pomembna čim hitrejša diagnostika, še posebej, ko se pojavijo klinični znaki in simptomi, ki lahko pomenijo začetek rakave bolezni. Osnovni cilj zgodnjega odkrivanja je zmanjšanje umrljivosti za rakom, saj je zdravljenje večine vrst raka uspešnejše, ko so odkriti na začetni stopnji (6).



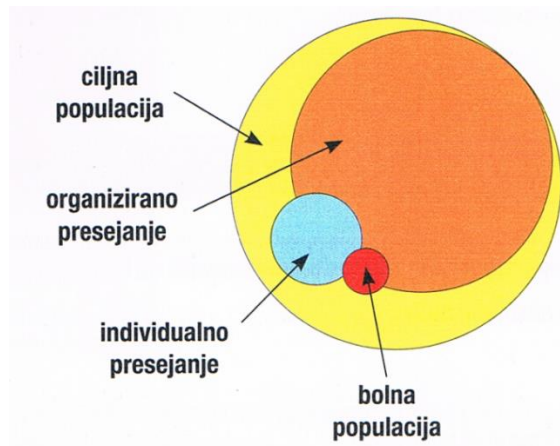
Slika 3: Umeščanje sekundarne preventive pri poteku rakave bolezni (6)

Po priporočilih Evropskega sveta in Evropskega kodeksa proti raku je v Sloveniji smiselno izvajati organizirano presejanje za tri vrste raka (6):

- rak materničnega vratu, pri katerem se izvaja PAP-test za ugotavljanje raka na materničnem vratu s pregledovanjem celic v brisu materničnega vratu v starostni skupini od 20. do 64. leta na vsake 3 leta – državni program ZORA;
- rak dojke, pri katerem se uporablja mamografski pregled za ugotavljanje raka na dojkah v starosti skupini žensk med 50. in 69. letom na dve leti – državni program DORA;
- rak debelega črevesja in danke, pri katerem se uporablja test za prikrito krvavitev v blatu za odkrivanje raka na debelem črevesju in raka danke pri moški in ženski populaciji med 50. in 69. letom na dve leti – državni program SVIT.

2.1 Presejanje za odkrivanje raka

Presejanje pomeni uporabo preprostih preiskav, ki med ljudmi brez kliničnih težav odkrijejo tiste, pri katerih je velika verjetnost, da imajo predinvazivno ali zgodnjo invazivno obliko raka ali pa so bili izpostavljeni dejavniku tveganja, za katerega je znano, da lahko povzroča raka. V slovenščini se uporablja izraz presejanje, saj je namen preiskave z navideznim sitom izločiti iz navidezno zdrave populacije tiste ljudi, ki so bolni, torej gre za preventivne preglede. Nobena od presejalnih preiskav ne potrdi diagnoze, presejalne preiskave samo odkrijejo tiste ljudi, pri katerih so smiselne in potrebne še dodatne diagnostične preiskave (6).



Slika 4: Prikaz deležev udeležene populacije in ugotavljanje primerov pri individualnem in organiziranem presejanju (6)

Poznamo individualno presejanje ter populacijsko ali organizirano presejanje, ki je organizirano na populacijski ravni; to je razvidno iz slike 4 (6).

Vsak posameznik se posvetuje z zdravnikom, ali je smiselno opraviti katero od presejalnih preiskav. Če zdravnik presodi, da pacient sodi v ogroženo skupino, ga napoti na ustrezno preiskavo. Temu načinu pravimo individualno presejanje. V ogroženo skupino sodijo tisti ljudje, pri katerih vemo, da nanje delujejo znani nevarni dejavniki, npr. za raka dojke družinska obremenitev in prvi porod po 30. letu. Za večino vrst raka je najpomembnejši dejavnik starost; tako zbolijo veliko ljudi, ki niso bili pod vplivom znanih dejavnikov. Slaba stran individualnega presejanja je, da doseže le manjšo, zdravstveno bolj ozaveščeno populacijo, zato je učinek majhen (7).

Veliko večji učinek doseže populacijsko presejanje, ki uporablja način organiziranih presejalnih preiskav pri večjih skupinah prebivalstva. Na preiskavo se vabi vse ljudi iz ciljne skupine, in sicer z osebnimi vabili ali z oglaševanjem v sredstvih javnega obveščanja. Populacijsko presejanje je smiselno za tiste vrste raka, ki jih je možno s preiskavo preprosto odkriti, so pogosti in jih z znanimi načini dobro zdravimo (7).

Za zagon in izvajanje organiziranih presejalnih programov je potreben velik organizacijsko-finančni vložek. Pri populacijskem presejanju je potrebno zagotoviti dovolj velik delež pregledanosti, vsaj 70-odstotna udeležba populacije, če želimo zmanjšati umrljivost (6).

Iskanje raka pri velikem številu ljudi, od katerih jih veliko ne bo zbolelo ali umrlo za rakom, ima tudi slabe strani, ker lahko že samo vabilo na preiskavo povzroči zaskrbljenost ob misli na bolezen ali pa je lahko sama preiskava neugodna in boleča. Lahko se pojavijo tako napačno negativni kot napačno pozitivni rezultati testa. Njihov delež je majhen, vendar njihov pomen ni nepomemben: če je test napačno negativen, lahko preiskovanec dobi zagotovilo, da je zdrav, v resnici pa ima začetno bolezen. Napačno pozitivni rezultati pa po nepotrebem povzročajo zaskrbljenost in nadaljnje preiskave. Da je delež napačnih izvidov čim manjši, je potrebna čim večja kakovost presejanja, vendar morajo biti tudi udeleženci seznanjeni z možnostjo napačnih rezultatov (7).

Pri ocenjevanju, ali je bolezen primerna, da zanjo uvedemo populacijsko presejanje, še danes veljajo merila, ki sta jih postavila Wilson in Junger (6):

- bolezen mora biti pomemben javnozdravstveni problem;
- bolezen mora imeti predklinično fazo, ki jo lahko odkrijemo;
- presejalna preiskava mora biti zanesljiva, cenovno sprejemljiva, preprosta za izvedbo in za preiskovance sprejemljiva;
- na razpolago je treba imeti dovolj opreme in osebja za diagnostiko pri presejanju odkritih sprememb in za njihovo zdravljenje;
- zdravljenje mora biti uspešno.

2.2 Zgodnje odkrivanje nastanka raka

Med ukrepe za zgodnje odkrivanje raka sodijo vsi tisti ukrepi, ki pomagajo pri čim hitrejšem odkrivanju bolezni, ko se že kažejo klinični znaki bolezni. Na ta način se v populaciji poveča delež pacientov z zgodnjim stadijem bolezni ter se zmanjša delež tistih z napredovalo boleznijo, temu pravijo »zniževanje stadija« (6).

Rakave bolezni nimajo tipičnih znakov za raka. Velikokrat se za njimi ne skriva rak, lahko pa se, zato o teh spremembah odloči zdravnik. Zelo pomembno je, da zdravnike usposobijo, da takšne znake čim hitreje diagnostično ovrednotijo. Pri tem ne smemo pozabiti na skrb za zdravstveno vzgojo prebivalstva, da postanejo pozorni na zgodnje simptome in znake raka (7).

Izkušnje tako po svetu kot v Sloveniji kažejo, da ljudje predolgo odlašajo z obiskom pri zdravniku in tako zamudijo čas, ko bi bila bolezen lahko še pravočasno uspešno pozdravljena (6).

Med znake in simptome, na katere je treba ljudi opozarjati, sodijo (7):

- bula v dojki ali kjerkoli na telesu;
- ranice, ki se ne zacelijo, tudi v ustih;
- materino znamenje, ki spreminja obliko, barvo, velikost;
- neobičajna krvavitev iz katerekoli telesne votline, kot je kri v izpljunku, urinu, blatu ali izcedku iz maternice;
- trdovraten kašelj, hripavost;
- spremembe pri mali ali veliki potrebi;
- nepojasnjeno hujšanje.

3 PRIPOROČILA SVETA EVROPSKE UNIJE O PRESEJANJU ZA RAKA

Decembra 2003 je Svet Evropske unije sprejel priporočila o presejanju za raka ter zavezal države članice, da jih uresničijo in najkasneje čez 4 leta poročajo, kako so delo opravile (7).

1. Uvedba presejalnih programov:
 - države naj uvedejo tiste sistematične populacijske presejalne programe, za katere je znanstveno potrjeno, da zmanjšujejo umrljivost za rakom;
 - presejalni programi naj bodo organizirani v skladu z evropskimi smernicami za zagotavljanje kakovosti;
 - udeleženci programov morajo biti seznanjeni z vsemi prednostimi in pomanjkljivostmi presejanja;
 - zagotoviti je treba vse nadaljnje diagnostične postopke, zdravljenje in psihološko podporo v skladu z enotnimi, na dokazih temelječimi smernicami;
 - zagotoviti je treba dovolj človeških in finančnih virov za primerno organizacijo in nadziranje kakovosti;
 - pri odločanju o uvedbi presejalnih programov na državni ali regijski ravni naj države upoštevajo breme bolezni in zdravstvene zmogljivosti, ki so na voljo, možne stranske učinke presejanja in njegove stroške ter izkušnje iz raziskav in pilotnih projektov;
 - vzpostaviti je treba sistem za vabljenje ljudi in za zagotavljanje kakovosti na vseh ravneh;
 - pred uvedbo presejanja je treba poskrbeti za ustrezno zakonodajo za varovanje osebnih podatkov.
2. Zbiranje, upravljanje in obdelava podatkov:
 - za vodenje organiziranih presejalnih programov je treba zagotoviti centraliziran informacijski sistem;
 - poskrbeti je treba, da so vsi ljudje iz ciljnih skupin povabljeni na presejalni pregled in da je udeležba čim večja;
 - zbirati in obdelovati je treba vse podatke, ki se nanašajo na izvide presejalne preiskave in diagnostične preiskave;
 - podatke je treba zbirati in obdelovati v skladu z zakonskimi predpisi o varovanju osebnih podatkov.
3. Nadzorovanje:
 - redno je treba spremljati in nadzirati kazalce uspešnosti programa in o njih seznanjati javnost in osebje, ki sodelujejo pri presejanju;
 - pri vzpostavitvi in vzdrževanju presejalne baze podatkov je treba upoštevati standarde, opredeljene v Evropskem registru raka, seveda v skladu z zakonodajo o varovanju osebnih podatkov;
 - presejalne programe je treba nadzirati v rednih intervalih.

4. Izobraževanje:

- vse osebe, ki sodeluje pri presejanju, mora biti ustrezno usposobljeno, da lahko zagotavlja čim kakovostnejše presejanje.

5. Odziv:

- pri organiziranem presejanju je treba zagotoviti čim večji odziv ciljne skupine, ki mora biti z vsemi postopki ustrezno seznanjena;
- posebej je treba paziti na enako dostopnost presejanja za vse skupine prebivalstva, pri čemer je treba upoštevati posebne potrebe nekaterih skupin.

Presejalni testi, ki izpolnjujejo pogoje iz teh priporočil, so (7):

- PAP-test pri ženskah (začetek naj ne bi bil pred 20. letom in ne po 30. letu starosti); ugotavljanje predrakavih sprememb na materničnem vratu oz. pregledovanje celic v brisu materničnega vratu;
- mamografski pregledi za odkrivanje raka dojk pri ženskah v starostni skupini med 50. in 69. letom; presejalni program naj bo organiziran po evropskih smernicah o zagotavljanju kakovosti;
- test blata na prikrito krvavitev za odkrivanje raka na debelem črevesju in danke pri moški in ženski populaciji v starosti med 50. in 74. letom.

Svet Evropske unije ni določil priporočenih intervalov, po katerih naj bi se presejalne preiskave ponavljale, ampak je podal maksimalni razpon starosti udeležencev v presejalnih programih. Državam je bilo svetovano, naj same določijo razpon glede na epidemiološke značilnosti bolezni v populaciji in zmogljivosti zdravstvenega sistema. Rezultati epidemioloških raziskav o primernem intervalu ponavljanja presejalnih preiskav, pri katerem se pokaže končni učinek zmanjšanje umrljivosti, so povzeti v prenovljenem Evropskem kodeksu proti raku. Pri pregledovanju celic brisa materničnega vratu svetujejo, naj bi bil interval na najmanj vsakih 5 let pri ženskah od 25. leta starosti, pri mamografski pregledih na najmanj 3 leta pri ženskah od 50. leta starosti ter pregled blata na prikrito krvavitev na vsako drugo leto pri moških in ženskah od 50. leta starosti (6).

4 DRŽAVNI PRESEJALNI PROGRAM ZA RAKA MATERNIČNEGA VRATU – ZORA

Rak materničnega vratu je redka rakava bolezen, ki jo je mogoče preprečiti z odkrivanjem in zdravljenjem predrakavih sprememb. Preiskavo celic brisa materničnega vratu sta opisala Papanicolaou in Traut leta 1941, imenuje se PAP-test. Na začetku je bila preiskava namenjena ugotavljanju rakavih celic, kasneje tudi predstopenj. Preiskava se je začela uveljavljati kot presejalna preiskava za odkrivanje predrakavih sprememb pri navidezno zdravih ženskah v petdesetih letih, in sicer kot redni del ginekoloških pregledov ali v okviru preventivnih programov. Bris materničnega vratu lahko vzame tudi drugo zdravstveno osebje, kot je splošni zdravniki, npr. v Angliji, ali medicinske sestre, npr. na Finskem (8).

Spremljanje zbolewnosti, incidence in umrljivosti za rakom materničnega vratu v Evropi in po svetu je pokazalo, da je uspešnost pri zmanjševanju bremena raka materničnega vratu različna. Odvisna je od tega, koliko žensk prihaja na redne preglede, kakšni so postopki zagotavljanja kakovosti od odvzema brisa do pregleda ter kako obravnavajo žensko s predrakavimi spremembami (8).

4.1 Stanje v Sloveniji pred uvedbo državnega presejalnega programa ZORA

Že leta 1960 so bili uvedeni individualni ginekološki preventivni pregledi za odvzem brisa materničnega vratu za odkrivanje rakavih sprememb, vendar pri tem kakovosti celotnega presejalnega postopka ni nihče sistematično spremljal. Prav tako ni bilo izpostavljenih meril, po katerih bi lahko spremljali kakovost presejalnih postopkov, diagnostična obravnava žensk pa je bila kljub strokovnim priporočilom neskladna. Ta pomanjkljivost se je pokazala v incidenci raka materničnega vratu, ki jo od leta 1950 spremlja Register raka za Slovenijo. V Sloveniji so začeli uvajati redne ginekološke preglede in odvzem brisa materničnega vratu na območju Ljubljane, Kranja in Maribora, po letu 1960 pa po celi takratni republiki. Učinkovitost preventivnih pregledov se je pokazala z zmanjševanjem zbolewnosti in umrljivosti za rakom materničnega vratu. Po podatkih Registra raka se je letna incidenca zmanjšala od leta 1962, ko je bila 33/100.000 žensk, do leta 1979, ko je bila 14/100.000 žensk in je bila najmanjša do sedaj, kot kaže slika 5 (9).

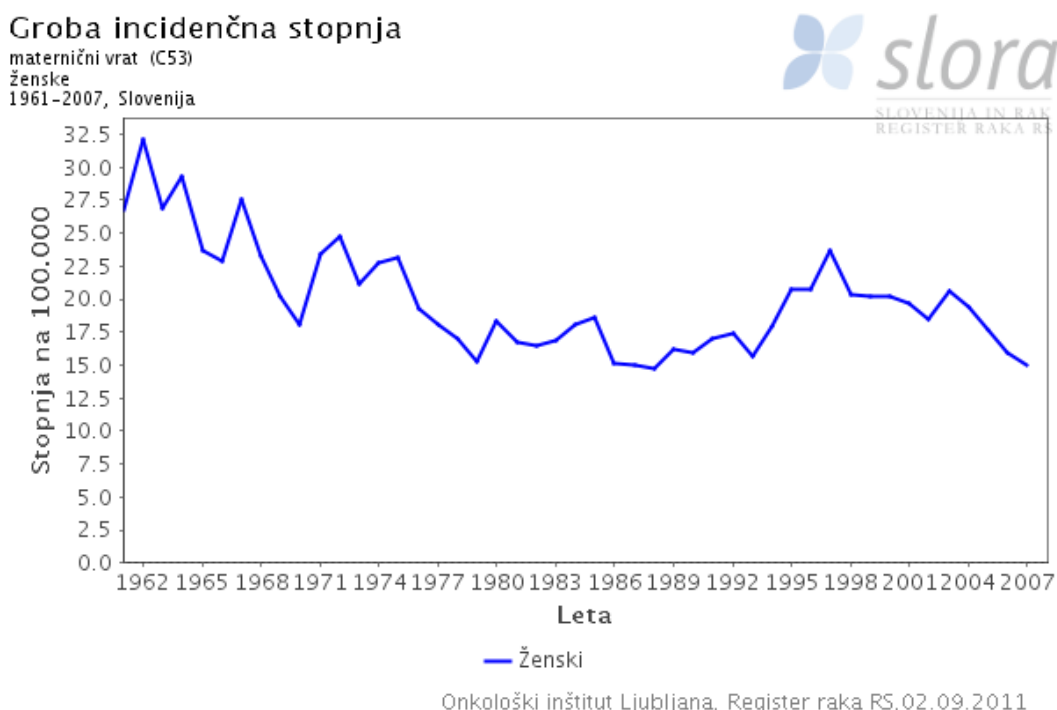
Število novih primerov konec devetdesetih v Sloveniji se je večalo, tako da smo bili po incidenci v zgornji tretjini lestvice evropskih držav (10).

Incidenca je dosegla vrh leta 1997, ko se je večala predvsem med ženskami, mlajšimi od 54 let in je bila 23,1/100.000 žensk, kar pomeni 241 novih primerov (9).

To je bila vzpodbuda za Ministrstvo za zdravje, da je s sodelovanjem Onkološkega inštituta Ljubljana in Zavoda za zdravstveno zavarovanje pred več kot 10 leti oblikovalo organizirani

presejalni program na državni ravni ter ga preveriti s pilotno študijo. Izkušnje drugih držav in mnoge raziskave so dokazale, da tak način lahko poveča učinkovitost v primerjavi z individualnim presejanjem, ki je bilo uveljavljeno pri nas desetletja (10).

Presejalnega programa na državni ravni ni mogoče začeti čez noč, prav tako ne moremo v kratkem času pričakovati rezultatov. Izkušnje drugih držav in naše kažejo, da je z dobro pripravo in izvedbo vsakega populacijskega presejalnega programa na državni ravni za odiranje raka potreben čas, lahko tudi 10 let in več. Poleg izvedbe je potrebno usposobiti primerno število osebja, izdelati računalniško podporo za spremljanje in ocenjevanje programa, ki je povezana z Registri raka, in s strokovnimi smernicami zagotoviti kakovost, ne le za presejanje, ampak tudi za zdravljenje v presejanju odkritih sprememb (10).



Slika 5: Groba standardizirana incidenčna stopnja raka materničnega vratu za Slovenijo od leta 1962 do 2007 (11)

5 DRŽAVNI PRESEJALNI PROGRAM ZORA

Cilj državnega presejalnega programa ZORA, katerega ime je povzeto po začetnicah naslova presejalnega programa – **Z**godnje **O**dkrivanje pred**R**Akavih sprememb materničnega vratu –, je zmanjšanje obolevnosti in umrljivosti za rakom materničnega vratu v Sloveniji (12).

Leta 2002 je Ministrstvo za zdravje sprejelo Navodila o spremembah in dopolnitvah za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni – reproduktivno zdravstveno varstvo. Novo navodilo je bilo pomembno za vzpostavitev organiziranega državnega presejalnega programa za preprečevanje raka materničnega vratu (8).

Po začetni pilotni fazi je bil leta 2003 vzpostavljen organiziran državni presejalni program za raka materničnega vratu ZORA(12).

Državni presejalni program ZORA zajema ciljno skupino žensk, starih od 20 do 64 let, ki so zajete v aktivno presejanje. Če ženska v določenem intervalu ne pride na pregled, je nanj pisno vabljen. Opredeljenim ženskam vabilo pošlje ginekolog, neopredeljenim pa pošljejo vabilo iz koordinacijskega centra, če bris materničnega vratu ni registriran v Registru ZORA v obdobju treh let. Ženske poleg vabila na preventivni pregled za odvzem brisa materničnega vratu prejmejo tudi pismo in zgibanko z osnovnimi informacijami o programu, ki vsebuje seznam ginekologov, pri katerih se lahko naročijo na pregled. Ženska, ki se naroči na pregled pri ginekologu s seznama, si lahko ginekologa nato izbere tudi za svojega osebnega ginekologa. Interval med pregledi je 3 leta po dveh negativnih brisih materničnega vratu, pri čemer se upošteva koledarsko leto in ne natančen datum zadnjega pregleda (7).

Pomemben dosežek državnega presejalnega programa ZORA je vzpostavitev centralnega informacijskega sistema, Registra ZORA, na Onkološkem inštitutu v Ljubljani. Register ZORA je eden redkih registrov v Evropi, ki pokriva vso državo in registrira vse izvide materničnega vratu. V registru se zbirajo podatki o vseh izvidih brisov materničnega vratu iz vseh slovenskih laboratorijev, ne glede na to, ali so odvzeti pri presejanju ali diagnostičnih postopkih, ter izvidi histoloških preiskav (9).

5.1 Rezultati državnega presejalnega programa ZORA

Skupna pregledanost ciljne populacije v triletju od leta 2006 do 2008 je bila 71,2-odstotna, petletna pregledanost od leta 2003 do 2007 pa 82,1-odstotna. To pomeni, da je bilo v prvih petih letih programa vsaj enkrat pregledanih 519.060 žensk, starih od 20 do 64 let, 112.981 pa v Registru ZORA nima nobenega izvida (13).

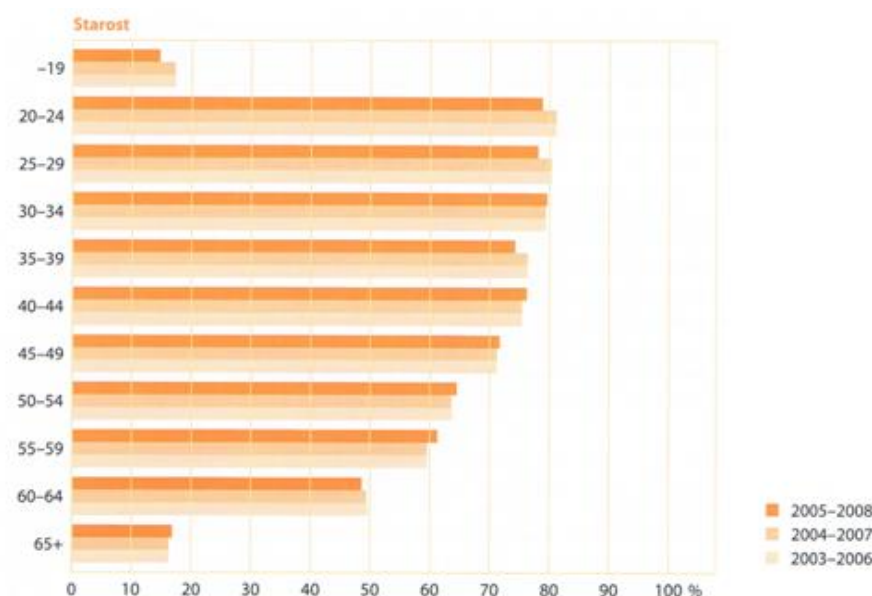
Finska ter Velika Britanija imata petletni presejalni interval in sta po pregledanosti pogosto dani za zgled drugim državam. Slovenija ju presega, saj je z 82,1-odstotno pregledanostjo (na

5 let) pred njima. V Veliki Britaniji ta znaša 78,6 %, na Finskem pa že več let ne presega 70 % (13).

Ženske iz ciljne skupine, ki nimajo nobenega zapisanega izvida ter na pregled niso prišle, ker nimajo več maternice ali pa se na vabilo ginekologa in Registra niso odzvale, so »neodzivnice«. Le nekaj je takih, ki so bile na pregledu, v Registru pa ni možno najti njihovega izvida, ker so podatki pomanjkljivi ali spremenjeni, da jih v Registru ni bilo možno prepoznati ali pa laboratoriji niso dostavili izvidov (13).

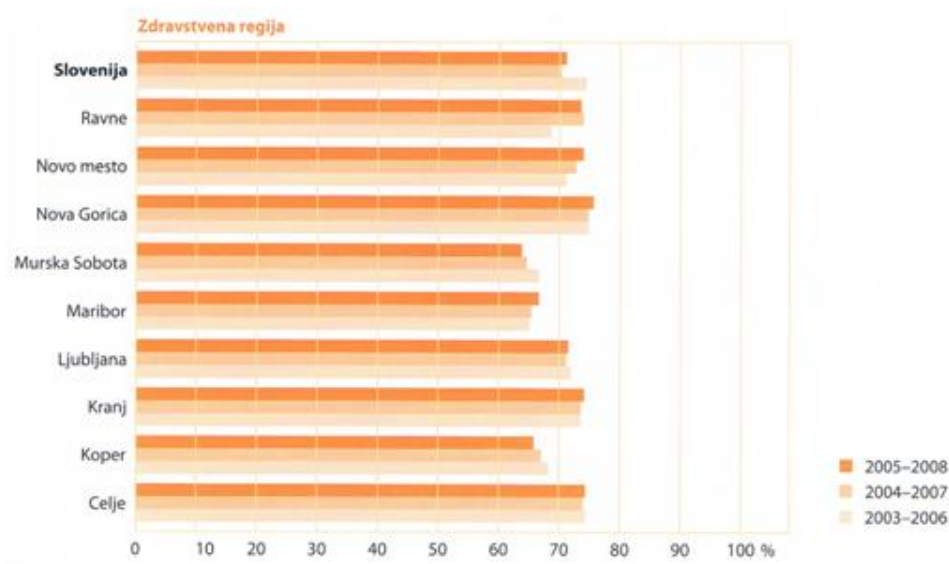
5.1.1 Pregledanost ciljne skupine žensk

Ženske, stare med 20. in 49. letom, v zadnjem triletnem obdobju presegajo ciljno 70-odstotno pregledanost. Predvsem mlajše ženske v starostni skupini od 20 do 34 let se bližajo 80-odstotni pregledanosti. Pregledanost v starostni skupini med 50. in 64. letom je še vedno premajhna. V zadnjem obdobju se je v starostni skupini med 40. in 59. letom zvečala, kar vidimo na sliki 6 (13).



Slika 6: Odstotni delež žensk po starostni skupini z najmanj enim brisom materničnega vratu v treh triletnih obdobjih (13)

V zadnjem triletju je bila ciljna 70-odstotna pregledanost dosežena v vseh zdravstvenih regijah razen v koprski, mariborski ter murskosoboški regiji, kar vidimo na sliki 7. Najbolj natančni podatki so za ljubljansko regijo, ker je bila centralna registracija uvajana postopno, najmanj pa za murskosoboško regijo, ker je bil začetek registracije izvidov konec 2003 (13).



Slika 7: Delež žensk med 20. in 64. letom z najmanj enim brisom materničnega vratu v treh triletnih obdobjih po zdravstvenih regijah (13)

5.1.2 Obveščenost in odziv na vabila

V obdobju od januarja 2005 do decembra 2007 je bilo iz Registra ZORA poslanih 187.501 prvih in 69.337 ponovnih vabil. Iz 11.900 odgovorov je bilo razvidno, da ženske nimajo maternice, ne želijo na pregled ali so bile na njem pred kratkim. Od preostalih ustreznih 175.938 žensk so jih več kot 6 mesecev po poslanem vabilu registrirali 69.612; odziv na vabila je bil 39,6-odstoten. Odziv na prva vabila je bil 50,1-odstoten, na ponovna pa 22,7-odstoten (13).

Od sredine leta 2006 Register ZORA deluje kot varovalka, saj vsem tistim ženskam, ki v treh letih nimajo zapisanega izvida brisa materničnega vratu, v četrtem letu pošljejo vabilo na pregled. Časovni premor je potreben zato, da ne pošiljajo vabil v obdobju, ko jim izvid materničnega vratu pošilja izbrani ginekolog, ali so ženske naročene na pregled, ali so ga opravile, vendar Register ZORA še nima registriranega zapisa. S tem register zagotavi dobro pokritost žensk z vabili ter na pregled privabi ženske, ki se drugače pregleda ne bi udeležile. Ženske, ki se za pregled ne odločijo same ali jih na pregled ne povabi ginekolog, prejmejo vabilo vsaka štiri leta. Upoštevati moramo, da ženska čaka na pregled povprečno pol leta, tako je pri njih interval daljši od treh let. Sedanji sistem pošiljanja dodatnih vabil iz Registra ZORA zagotavlja petletno pokritost z vabili (13).

V letu 2007 je bilo v Registru ZORA poslanih 86.797 vabil, od tega 68.403 prvih in 18.197 ponovnih, kar je največ od začetka programa. Zvečanje je posledica predvsem uvedbe varovalnega mehanizma v Registru ZORA, ki od sredine leta 2006 ne pošilja vabila samo neopredeljenim ženskam, marveč tudi opredeljenim brez registriranega izvida v štirih letih. Z

leti se je večal odziv na vabila; ženske so se odzvale na prva vabila, poslana leta 2005, 41,2-odstotno in leta 2007 56,4-odstotno (13).

V triletnem obdobju od leta 2005 do 2007 je 0,4 % žensk, ki so prejele vabilo, sporočilo, da ne želijo sodelovati v programu. Neodzivnice, ki se ne odzovejo vabilu in njihovega izvida ne registrirajo v 9 mesecih po poslanem vabilu, ponovno prejmejo vabilo. Podatki kažejo, da je odzivnost na prva vabila večja kot na druga. Povprečna odzivnost v letu 2005 do 2007 na prvo vabilo iz Registra je bila 50,1-odstotna, na ponovno pa 22,7-odstotna, kar je razvidno iz preglednice 1. Čeprav je pričakovan odziv na drugo vabilo majhen, vsaka ženska brez izvida prejme vsaj dve vabili, razen če sporoči, da v programu ne želi sodelovati. Drugo vabilo je tisto, ki pritegne na pregled slabše odzivne ženske. Gre za manjši delež ciljne populacije, ki je v glavnem manj zdravstveno ozaveščen, zato vsak odziv take ženske na vabilo za udeležbo v programu pomeni uspeh (13).

Preglednica 1: Število prvih in ponovnih vabil iz Registra ZORA v obdobju od 1. 1. 2005 do 31. 12. 2007 (13)

	2005		2006		2007		2005–2007		2005–2007	
	1. vabilo	2. vabilo	1. vabilo	2. vabilo	1. vabilo	2. vabilo	1. vabilo	2. vabilo	Skupaj	%
Število vabil, poslanih iz Registra ZORA	45.519	5.910	4.579	45.230	68.403	18.197	118.501	69.337	187.838	100,0
Odgovori										
Pregleda se bom udeležila	4.369	215	685	1.624	10.293	1.288	15.347	3.127	18.474	9,8
Sem že bila pregledana	836	35	181	432	4.659	386	5.676	854	6.530	3,5
Nimam maternice	83	55	53	200	3.776	515	3.912	770	4.682	2,5
Povabite me kasneje	676	24	113	227	496	70	1.285	321	1.606	0,9
Ne želim sodelovati v DP ZORA	214	21	25	195	190	43	429	259	688	0,4
Drugo	2.467	106	108	1.207	638	159	3.213	1.472	4.685	2,5
Ni odgovora	36.874	5.454	3.414	41.345	48.351	15.736	88.639	62.534	151.173	80,5
Odzivnost										
Število ustreznih žensk	44.386	5.799	4.320	44.402	59.778	17.253	108.484	67.454	175.938	93,7
Število žensk z BMV po vabilu	18.315	808	2.303	9.013	33.693	5.480	54.311	15.301	69.612	
% ustreznih žensk z BMV po vabilu	41,2	13,9	53,3	20,3	56,4	31,8	50,1	22,7	39,6	

V preglednici 2 razberemo, da je na prvo centralno vabilo najboljši odziv med ženskami v starostni skupini od 25 do 34 let, najslabši pa v skupini starejših od 50 let. Odzivnost sovpadala z večjo pregledanostjo mlajše in slabšo pregledanostjo starejše populacije. Najboljši odziv na centralno vabilo je bilo v ravenski, ljubljanski ter kranjski regiji. Slabši odziv na centralno vabilo je v murskosoboški ter mariborski regiji, kjer je tudi preglednost najmanjša (13).

Preglednica 2: Odziv na prva vabila, poslana v obdobju 1. 1. 2005 do 31. 12. 2007 po starostnih skupinah žensk (13)

Starost	Število vabil	Število ustreznih žensk	Delež z izvidom (%)
20–24	17.748	17.175	58,8
25–29	14.062	13.374	54,6
30–34	11.829	11.110	51,4
35–39	13.339	12.604	48,0
40–44	15.356	14.489	46,9
45–49	13.625	12.556	47,9
50–54	11.951	10.323	45,8
55–59	11.758	9.631	44,6
60–64	8.833	7.222	44,4
SKUPAJ	118.501	108.484	50,1

5.1.3 Presejalni brisi materničnega vratu

V letu 2007 je bilo v Registru ZORA zapisanih 260.684 izvidov brisa materničnega vratu, v okviru presejanj, nekateri so bili odvzeti zaradi preventive ali presejalnega programa ZORA. Tako je bilo skupno pregledanih 200.195, kar je 76,8 % vseh brisov materničnega vratu (13).

V starostni ciljni skupini med 20. in 64. letom je bilo odvzetih 242.512 brisov materničnega vratu, od tega je bilo 186.711 presejalnih izvidov. Največ presejalnih brisov materničnega vratu je bilo v starostni skupini 20 do 29 let, kar sovпада z veliko pregledanostjo in pravilom, da mlade ženske vstopajo v triletni presejalni interval šele po dveh negativnih izvidih brisa materničnega vratu, odvzetih v obdobju enega leta. Največ vseh brisov materničnega vratu je bilo odvzetih v starostni skupini 40 do 49 let, kar sovпада z večjo incidenco sprememb materničnega vratu v tem obdobju, o čemer priča tudi največje število kurativnih in kontrolnih brisov materničnega vratu v tem obdobju (13).

Pri mlajših od 20 let in starejših od 64 let je število brisov materničnega vratu manjše, kar sovпада z manjšo pregledanostjo te populacije, ki ni aktivno vključena v program. Največ primerov brisov materničnega vratu pri njih je preventivne narave, vendar so jim brisi večkrat odvzeti zaradi kliničnih težav kot pri ženskah v ciljni skupini (13).

Z leti se večja delež presejalnih brisov materničnega vratu. Delež brisov materničnega vratu zaradi kontrolnih pregledov se je v zadnjih letih malo zmanjšal, zvečal pa se je delež brisov materničnega vratu, odvzetih pri kurativnem pregledu (13).

5.1.4 Kakovost brisov materničnega vratu

Kakovost preparata brisa materničnega vratu je odvisna od starosti žensk, načina in odvzema brisa, fiksacije, transporta in obdelave brisa v laboratoriju ter individualne ocene pri ocenjevanju preparata (13).

Le v uporabnem, kakovostnem preparatu brisa materničnega vratu je mogoče oceniti celične spremembe. V letu 2007 je bilo kakovostnih 93,7 %, kar je 187.644 vseh presejalnih brisov materničnega vratu. Preostalih 6,3 %, kar je 12.531, je bilo ocenjenih kot manj uporabnih ali neuporabnih. Razlog za večino manj uporabnih ali neuporabnih je, da v brisu materničnega vratu ni endocervikalnih ali metaplastičnih celic. Po pravilih mora brisu s tako oceno slediti ponoven odvzem brisa materničnega vratu najkasneje v 6 mesecih. Kakovost brisov se po starostnih skupinah žensk ne razlikuje bistveno, saj je v vseh starostnih skupinah več kot 90 % kakovostnih brisov materničnega vratu (13).

5.1.5 Citološki izvidi presejalnih brisov materničnega vratu

Patološke spremembe so bile odkrite v 6,5 % presejalnih brisov materničnega vratu. Pri 0,3 % neuporabnih brisov materničnega vratu ocena ni bila možna. V starostni skupini 20 do 49 let je bilo pri presejalnih pregledih odkritih največ patoloških sprememb. Največ reaktivnih sprememb je bilo najdenih v skupini med 40. in 49. letom, največ normalnih izvidov brisov materničnega vratu pa je bilo najdenih v skupini med 60. in 64. letom, in sicer kar 94 % (13).

Laboratoriji ženskam najpogosteje priporočajo redne kontrolne preglede v obdobju treh let. Več pozornosti je treba posvetiti tistim ženskam, ki naj bi jih ginekolog povabil na kontrolni pregled, pa se nanj ne odzovejo, v letu 2007 je bilo kar 13 % takih primerov (13).

6 VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI DRŽAVNEM PRESEJALNEM PROGRAMU ZORA

Kljub dostopnosti brisa materničnega vratu po Papanicolau – PAP test, je še zmeraj velik odstotek žensk nepregledanih. Poklic medicinske sestre igra pri tem pomembno vlogo saj sodeluje pri povečanju števila žensk v ciljni skupini, ki sodelujejo pri presejanju in s tem povezanim zgodnjim odkritjem raka materničnega vratu. Ovire pri udeležbi presejanja za raka materničnega vratu vključujejo starost žensk ter njihova etnična pripadnost, nizka stopnja izobrazbe, zmanjšana dostopnost ter neprijeten odnos pri pregledu (14).

Medicinska sestra ima pomembno vlogo pri promociji presejalnega programa ZORA, saj je v stalnem kontaktu s pacientkami pri obisku ginekologa. Pri tem je pomembno, da medicinska sestra opredeljene pacientke v ciljni skupini med 20. in 64. letom vzpodbuja k aktivni udeležbi v presejalnem programu ZORA, jim nudi podporo, zaupanje ter pojasnila glede izvedbe presejalnega programa ZORA (15).

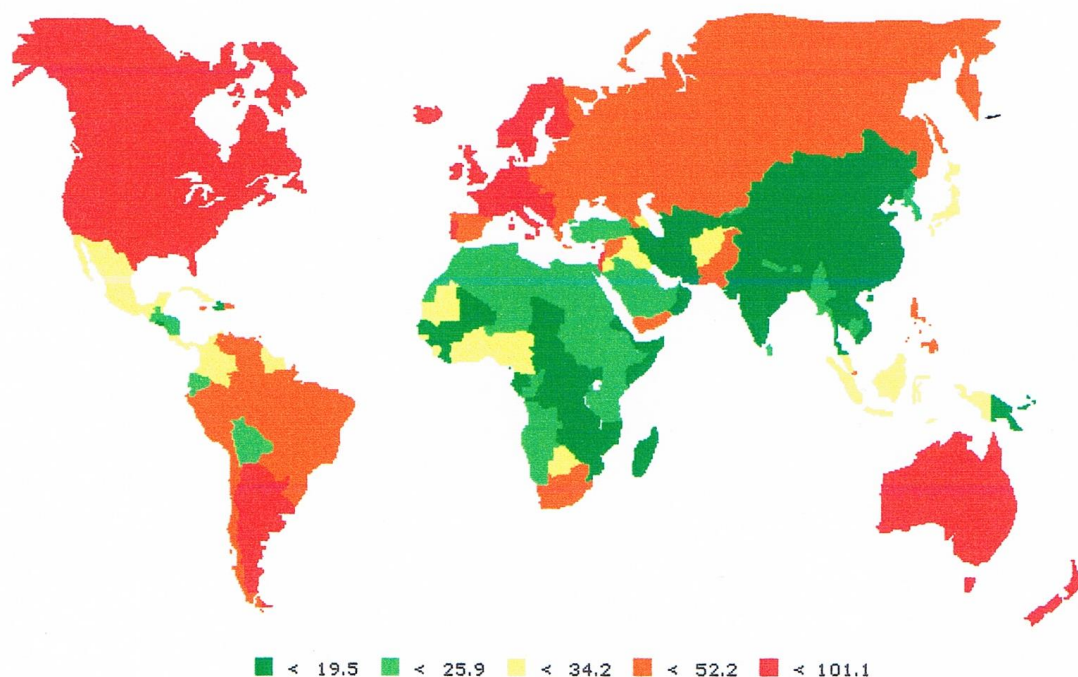
Medicinska sestra aktivno vstopa v presejalni program ZORA, ko opredeljena pacientka v ciljni skupini obišče ginekologa v dispanzerju. Pri tem opominja pacientko, da ne pozabi na izvedbo presejalnega programa ZORA, ter določi datum pregleda. Pri tem pacientki razloži, čemu je presejalni program ZORA namenjen in kako se izvaja. Pri tem je pomembno, da pacientki utrdi zaupanje ter ji razloži, da je interval pregleda na 3 leta po dveh negativnih brisih (15).

Neopredeljenim pacientkam v ciljni skupini medicinska sestra razloži, kaj je presejalni program ZORA, kako poteka in čemu je namenjen. Pri tem pacientki zagotovi zaupnost, ji nudi podporo ter pojasnila. Žensko spodbudi, da izbere svojega ginekologa in ji določi datum pregleda. Razloži ji, da je interval pregleda na 3 leta po dveh negativnih brisih (15).

7 DRŽAVNI PRESEJALNI PROGRAM ZA RAKA DOJK – DORA

Rak dojk je najpogostejši rak v razvitem svetu in predstavlja velik javnozdravstveni problem. V večini razvitih držav je eden glavnih vzrokov smrti raka pri ženskah, starih od 35 do 64 let. Incidenca raka dojk po svetu narašča. Ocenjeno je, da število novih primerov po svetu narašča za 2 % letno. Incidenca se najbolj veča v menopavzi, nato se veča počasneje (16).

Za rakom dojk zbolijo letno na svetu okoli milijon žensk, več v razvitih kot v nerazvitih državah. Groba incidenčna stopnja je bila ocenjena za leto 2002. Največja je bila na Nizozemskem, Danskem, Švedskem ter med belkami v ZDA ter Franciji (148–129/100.000). Srednja incidenčna stopnja je bila v srednji Evropi in Španiji (105–54/100.000), najmanjša pa v Aziji in Afriki (25–5/100.000), kar je vidno iz slike 8. Slovenija je po zbolewnosti uvrščena v srednjo tretjino svetovne lestvice (17).

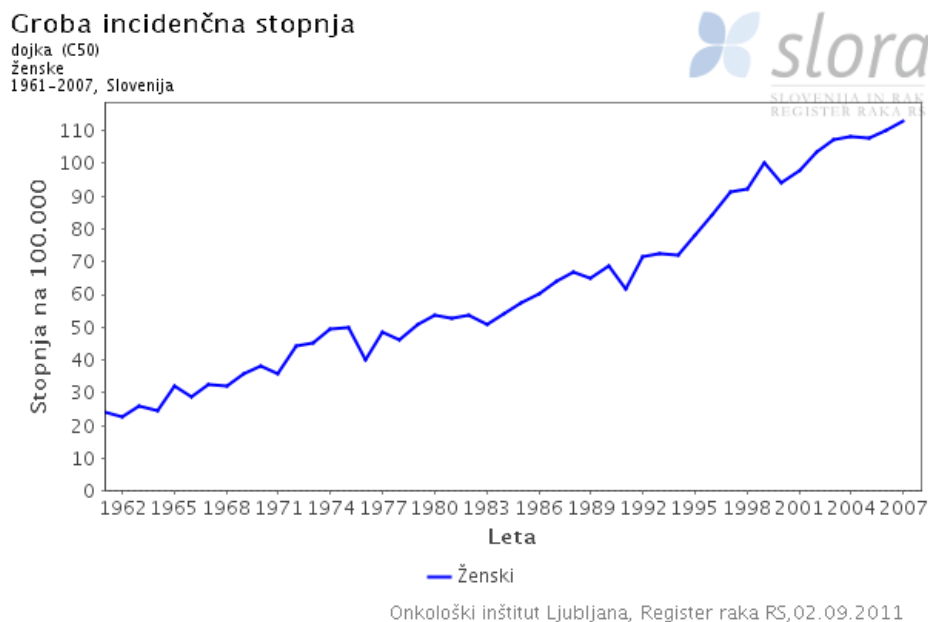


Slika 8: Incidenca raka dojk po svetu, stopnja na 100.000 žensk (16)

7.1 Stanje v Sloveniji pred uvedbo državnega presejalnega programa Dora

Podatki Registra raka v Sloveniji kažejo, da najdemo rak dojk pri približno petini vseh rakov pri ženskah. Že od leta 1986 je najpogostejši rak pri ženskah, leta 2006 je predstavljal 21,2 % vseh rakov pri ženskah. Incidenca raka dojk se je od leta 1997 do leta 2006 letno povečala povprečno za 3,3 % (16).

Groba incidenčna stopnja se je s 75/100.000 leta 1985 povečala na 108/100.000 leta 2006, kar prikazuje slika 9. Tako je bilo ugotovljeno, da se je incidenca raka dojk v Sloveniji povečala za 44 %, od tega 31 % zaradi večjega deleža starejših, 13 % pa zaradi večje izpostavljenosti dejavnikom tveganja (16).



Slika 9: Groba standardizirana incidenčna stopnja raka dojk za Slovenijo od leta 1962 do 2007 (11)

Delež rakov, odkritih v omejenem stadiju, se povečuje, čeprav ne toliko, kot bi pričakovali. Tako je bilo leta 1985 v omejenem stadiju odkritih 36 % primerov, leta 2003 pa 50 % primerov (18).

Preživetje pacientk z invazivnim rakom dojk se ob povečanem deležu omejene bolezni in ustreznem zdravljenju pacientk v Sloveniji postopno izboljšuje. Relativno petletno preživetje zbolelih od leta 1963 do leta 1967 je bilo 46 %, od leta 1983 do leta 1987 62 %, od leta 1993 do leta 1997 72 % ter od 1995. leta do 1999. leta 75,2 %. Kljub izboljššanemu preživetju pacientk rak dojk ostaja na prvem mestu med vzroki smrti med ženskami. Leta 2006 je za rakom dojk umrlo 400 žensk (16).

Študija EURO CARE-4, primerja evropske države po preživetju. Kaže, da je bilo pri pacientkah z rakom dojk v Sloveniji standardizirano relativno petletno preživetje od leta 1995 do leta 1999 slabše (75,2 %) od evropskega povprečja, ki je bilo 79 %. Najboljše preživetje je bilo v skandinavskih državah, in sicer nad 82 %, med najslabše pa spada preživetje na Poljskem, Češkem in v Sloveniji (16).

Individualno presejanje, brez organiziranega vabljenja žensk na preventivno mamografijo v relativnem času in brez nadzora kakovosti ne daje ustreznih rezultatov, kar se kaže v osnovnih epidemioloških kazalcih: deležu bolezni, odkrite v omejenem stadiju, preživetju pacientk in umrljivosti za rakom dojk. Posledica individualnega presejanja je premajhen delež pregledanih žensk v ciljni populaciji v starosti med 50. in 69. letom. Zdravstvena služba se velikokrat istočasno čezmerno obremenjuje s prepogostim pregledovanjem največkrat premladih žensk (19).

Kakovostno organiziran program presejanja na državni ravni je pomemben za zgodnje odkrivanje raka dojk in zmanjšanje umrljivosti. Pomembni elementi kakovostnega presejalnega programa na državni ravni za raka dojk so ustrezna izobraženost in strokovna usposobljenost zdravstvenega kadra ter tudi drugega kadra, ki je vključen v nadaljnjo diagnostiko in zdravljenje, zagotavljanje dvojnega odčitavanja mamografskih slik, interdisciplinsko sodelovanje, ustrezna tehnična kakovost mamografskih aparatov, vzpostavitev ustreznega informacijskega sistema ter določitev, spremljanje in preverjanje kazalcev kakovosti programa. Pri tem je treba določiti ciljno populacijo žensk, ki bo organizirano in sistematično vabljen na presejalno mamografijo. Pri tej populaciji je potrebno doseči tudi ustrezno odzivnost (19).

Smernice Evropskega parlamenta nagovarjajo države članice Evropske unije, naj bo obvladovanje raka dojk ena glavnih prioritet državnih zdravstvenih politik. Razvijejo in uvedejo naj učinkovito strategijo za izboljšanje presejanja, diagnostike in zdravljenja raka dojk (19).

Program presejanja na državni ravni mora biti ločen od diagnostične obravnave žensk, ki vstopajo v zdravstveni sistem z že obstoječimi spremembami v dojkah ali težavami, povezanimi z dojkami (18).

8 EVROPSKI STROKOVNO-POLITIČNI OKVIR PRESEJALNIH PROGRAMOV ZA RAKA DOJK

Junija 2003 je Evropski parlament priporočil državam članicam, da do leta 2008 vzpostavijo program, ki bo za 25 % zmanjšal umrljivost za rakom dojk v Evropski uniji ter zmanjšal razlike v preživetju pacientk med državami na 5 %. Ta cilj je mogoče doseči z organiziranim presejalnim programom (20).

Delovna skupina strokovnjakov pod okriljem mednarodne agencije za raziskovanje raka (IARC) je leta 2002 pregledala rezultate vseh študij in ugotovila, da je dovolj dokazov, da države kot javnozdravstveni ukrep v okviru javnega varstva omogočajo presejalno mamografijo vsem ženskam, starim od 50 do 69 let, na vsaki dve leti. Leto pozneje je Evropski svet izdal priporočila za presejanje raka, ki so v soglasju s sklepi delovne skupine IARC. Sopodpisnik priporočil je tudi Minister za zdravje Republike Slovenije. V priporočilih so osnovna navodila o uvedbi populacijskih presejalnih programov in o pogojih, ki jih morajo zadostiti (19).

Priporočila navajajo potrebo po vzpostavitvi centraliziranega sistema, zbiranja in upravljanja podatkov, povezanih s presejalnim programom, ki omogoča sistematsko vabljenje ciljne populacije v presejalne programe in spremljanje kakovosti ter izvidov presejalnih programov. Pomemben element Priporočil Sveta ministrov Evropske unije je omogočanje enakega dostopa vsem, ki imajo pravico do presejalnih programov (18).

Vsi, ki sodelujejo v presejalnem programu na državni ravni, morajo (20):

- biti ustrezno poklicno usposobljeni v skladu z zahtevami v posamezni državi članici,
- opraviti specialistično usposobljenje,
- se udeleževati dodatnega izobraževanja, usmerjenega v presejanje,
- biti udeleženi v kateri koli zunanji shemi analize kakovosti,
- imeti vse potrebne certifikate in pristojnosti.

Vse enote, ki so vključene v presejanje na državni ravni, tako diagnostične kot terapijske, morajo zagotoviti primerno multidisciplinarno delo v timu, ki vključuje delo medicinske sestre, radiološkega inženirja in zdravnikov ter različnih specialistov: radiologa, patologa, kirurga, internista, radioterapevta (18).

Osebe, ki uporablja najnovejšo in specializirano opremo, mora biti dovolj usposobljeno in izkušeno. V presejanje je vključena zdrava, asimptomatska populacija žensk, zato je pomembno, da dobijo natančne informacije o prednostih in pomanjkljivostih presejanj, da se lahko prostovoljno odločijo za pregled. Informacije morajo biti resnične, poštene, dostopne, spoštljive in prilagojene potrebam posameznic (19).

Za primerno kakovost obravnave žensk morajo vse presejalne in diagnostične enote delovati po dogovorjenih protokolih za zagotavljanje kakovosti. Državni protokol naj temelji na Evropskih smernicah, ki vključujejo preverjene klinične standarde. Ne glede na različne sisteme organizacije zdravstvenega varstva v Evropi morajo vse enote delovati po enakih načelih ter zbirati enotne kazalce. Le tako je možno analizirati kakovost in primerljivost med posameznimi enotami znotraj države in med državami (19).

9 VREDNOTENJE IN OCENA KAKOVOSTI PRI DRŽAVNEM PRESEJALNEM PROGRAMU DORA

Eden temeljnih elementov kakovostnega državnega presejalnega programa Dora je določitev in spremljanje kazalcev izvajanja in učinkovitosti programa. Kazalci izvajanja državnega presejalnega programa Dora se uporabljajo za sprotno vrednotenje kakovosti programa. Za oceno učinkovitosti državnega presejalnega programa Dora potrebujemo dolgoročno spremljanje ciljne populacije in kazalcev učinka programa. Na splošno je treba ločevati med kratkoročnimi in dolgoročnimi kazalci kakovosti (19).

Kratkoročni kazalci kakovosti odražajo vrsto dejavnosti v državnem presejalnem programu Dora in njihovo kakovost. Za doseganje dolgoročnega cilja državnega presejalnega programa Dora, zmanjšanje umrljivosti zaradi raka dojk, moramo čakati daljši čas. Za sledenje vpliva presejanja na umrljivost je potrebno ciljno populacijo žensk spremljati daljše obdobje (19).

9.1 Pomanjkljivosti presejanja pri državnem presejalnem programu Dora

Starostno obdobje, v katerem redno presejanje z mamografijo uspešno zmanjša umrljivost, je vzrok za številne dileme in razprave, včasih tudi zavajanja nasprotnikov organiziranega presejanja na državni ravni. V študijah je bil najboljši uspeh viden v skupini od 50 do 69 let, v manjši meri pa tudi pri ženskah, starih od 40 do 49 let (16).

Največ nesoglasij o učinkovitosti za presejanje je prav v starostni skupini med 40. in 49. letom, saj se pokaže učinkovitost šele po 10 letih ali več po začetku presejanja in doseže le 16–19-odstotno zmanjšanje umrljivosti. Slabe strani presejanja v tej starosti so: več napačno negativnih izvidov, kjer do 25 % invazivnih karcinomov ni odkritih z mamografijo, pri ženskah v starosti 50–69 let pa jih ni vidnih le 10 %. Več je napačno pozitivnih izvidov, to je do 10 %, kar je enako kot pri starejših ženskah, le da je pri mlajših precej manjša incidenca raka dojk, predvsem zaradi goste in nepregledne strukture mladih dojk. Tukaj so vključene tudi psihične posledice pri napačno pozitivnih in negativnih izvidih, pri nekaterih je tudi odkrit počasi rastoči rak dojk, ki bi bil čez 10 let še dovolj zgodaj odkrit, ter potencialna škoda zaradi sevanja, ker so rentgenski žarki za mlado tkivo škodljivejši kot za starejše (16).

Večina držav, ki ima organiziran presejalni program na državni ravni, v program vključuje ženske, stare od 50 do 69 let. Redke evropske države vključujejo v redno presejanje ženske, ki so mlajše od 50 let, to sta Islandija in Švedska, čeprav v zadnjih letih večina držav razmišlja o vabljenju žensk med 45. in 74. letom (16).

9.1.1 Izpostavljenost ionizirajočemu sevanju pri mamografiji

Pri sodobnih napravah in filmih je količina rentgenskih žarkov majhna, precej manjša od odmerkov, ki so bili potrebni pri starih napravah. Redno mamografiranje naj bi bilo vzrok za nastanek od 1 do 5 karcinomov na 10.000 žensk, kar je zanemarljivo, če vemo, da je normalno tveganje za raka dojke skoraj 10 %. Redno mamografiranje na 2 leti poveča tveganje žensk za razvoj raka dojke z 9,09 % na 9,14 % (16).

9.1.2 Napačno negativni izvidi pri mamografiji

V literaturi napačno negativne izvide enačijo z intervalnim rakom, čeprav pojma ne pomenita popolnoma istega. Le pri delu vseh intervalnih rakov je predhodni mamografski izvid napačno negativen (16).

Intervalni rak dojke je po definiciji primarni rak, ki je pri ženskah z negativnim rezultatom mamografije ugotovljen še pred naslednjim presejalnim pregledom. Ženski se po opravljeni mamografiji zagotovi, da je brez bolezenskih sprememb, nato pa v nekaj mesecih (od 0 do 24 mesecev) ugotovimo malignom. Intervalne rake delimo na spregledane ali napačno negativne ter rake, ki nastanejo na novo (16).

O spregledanem raku govorimo, kadar je bil rak dojke že viden na prejšnjih mamografijah, vendar so bili izvidi napačno ocenjeni kot normalni; temu pravimo napačno negativen izvid. Slabše prepoznavanje majhnih karcinomov, katerih videz je pogosto nespecifičen in se le malo razlikuje od okolnega tkiva, je najpogostejše posledica radiologove neizkušenosti, utrujenosti in slabše zbranosti. Problem prepoznavanja je še posebej prisoten pri odčitavanju presejalnih mamografij, kjer je na veliko število normalnih izvidov le malo patoloških. O napačni oceni govorimo, ko radiolog vidi spremembo in jo oceni kot benigno (16).

Načini za zmanjšanje števila napačno negativnih izvidov so različni. Zelo pomembni so izkušnost, vaja, izpopolnjevanje, dvojno odčitavanje in retrospektivno pregledovanje spregledanih rakov. Spregledani ali napačno negativni raki predstavljajo le približno tretjino vseh intervalnih rakov, ostali dve tretjini pa so raki, ki so med dvema krogoma presejanja zrastle na novo. Ti intervalni raki se pojavijo zaradi hitre rasti, zato jih ni mogoče pravočasno odkriti. Intervalni raki so zaradi večjega deleža dojke z gosto, mamografsko slabšo pregledno strukturo in hitrejši rasti tumorjev v mlajšem obdobju pogostejši pri mladih ženskah (16).

9.1.3 Napačno pozitivni izvidi pri mamografiji

O napačnem pozitivnem izvidu govorimo, kadar je ženska zaradi mamografsko vidnih nejasnosti povabljen na dodatne preiskave, vendar se sprememba izkaže kot benigna (16).

Dodatna obravnava, ki se kasneje izkaže kot negativna, predstavlja nepotreben stres za žensko in finančni strošek za državo. Pri 50–90 % presejanih žensk, ki so povabljene na dodatne preiskave, rak ni ugotovljen, temu pravimo napačno pozitivni izvidi. Pri rednem presejanju po 10 krogih je do 50 % možnosti, da ima ženska vsaj enkrat napačno negativen mamogram. Več študij je pokazalo, da napačno negativen mamogram kljub začetnemu stresu dolgoročno ne vpliva na udeležbo žensk pri naslednjih krogih presejanja, pogosto jih spodbudi k rednejšim obiskom (16).

Odstotek napačno pozitivnih izvidov se med državami razlikuje, npr. na Nizozemskem jih je zelo malo (0,7 %), v ZDA pa čez 17 % – tu se zdravniki pogosteje odločijo za nadaljnjo preiskavo zaradi strahu pred tožbami, čeprav je sprememba verjetno benigna. Po slovenskih podatkih stopnja dodatnih obravnav v ambulantah za bolezni dojk pri nas doseže tudi do 22 % (16).

10 DRŽAVNI PRESEJALNI PROGRAM DORA

Konec marca 2008 so v okviru državnega presejalnega programa Dora prejele vabilo prve ženske iz ljubljanske občine za presejalno mamografijo v presejalni center na Onkološkem inštitutu Ljubljana. Začetek državnega presejalnega programa Dora so na Onkološkem inštitutu Ljubljana načrtovali več kot deset let, bolj intenzivno od leta 2004, ko je Zdravstveni svet sprejel in potrdil predlog za uvajanje programa organiziranega presejanja za raka dojk v Sloveniji. Državni presejalni program Dora je bil dokončno organizacijsko zastavljen s pomočjo Evropske svetovalne skupine januarja 2007, Zdravstveni svet pa ga je potrdil marca 2007 (21).

Ciljna populacija žensk, ki je vabljena na presejalno mamografijo, je stara 50–69 let. S posebnimi metodami promocije državnega presejalnega programa Dora skušajo pri ciljni populaciji žensk doseči ustrezno odzivnost. Merilo za učinkovitost presejanja je zmanjšanje umrljivosti med redno pregledanimi ženskami, kar je končni cilj programa Dora (21).

V letu 2007 je bil vzpostavljen državni presejalni program Dora in diagnostični center na Onkološkem inštitutu Ljubljana; program je začel delovati v ljubljanski občini. Poteka tako, da ženska dobi tri tedne pred naročenim pregledom pisno vabilo. Ko pride na pregled, jo v presejalnem centru sprejme zdravstveni administrator, radiološki inženir pa opravi presejalno mamografijo. Mamografijo nato odčitata dva radiologa (21).

Če odčitata mamografski izvid dva radiologa, se občutljivost presejalnega testa poveča za 5–15 %, pri tem pa je pomembna radiologova usposobljenost in izkušnost (20).

Če se odčitavalca mamografske slike ne strinjata glede izvida ali ga oba označita kot pozitivnega, se na tedenskem sestanku oba odčitavalca in odgovorni radiolog s konsenzom odločijo o nadaljnji obravnavi ženske (21).

Pomembno vlogo pri presejanju ima ženska. Komunikacija z njo ne sme povzročiti posredne ali neposredne škode. Pomembno je, da ženske seznanijo s koristmi in tveganji presejanja. Informacije, ki jih ženska prejme, morajo biti uravnotežene, iskrene, primerne ter utemeljene na dokazih v medicini, dosegljive, spoštljive ter prirejene individualnim potrebam, kjer je to le mogoče. Ženska zato poleg vabila prejme tudi zgibanko, kjer sta razložena potek in namen presejanja. Na voljo je tudi telefonska številka, kamor lahko ženska pokliče za spremembo datuma pregleda ali za dodatna pojasnila (21).

Za populacijsko presejanje raka dojk za ciljno populacijo žensk se uporablja mamografija (20).

Mamografija je rentgenska preiskava mehkih tkiv dojk. Temelji na različni absorpciji X-žarkov v različnih tkivih dojk. Občutljivost preiskave je od 68 % do 92 %, specifičnost pa od 82 % do 99 %. Na občutljivost vpliva več faktorjev. Zelo pomembna je starost preiskovanke, ker imajo mlade dojke, ki so pred menopavzo, v povprečju več žleznega tkiva kot starejše in so zato mamografsko slabše pregledne. Z leti maščobno tkivo nadomesti

žlezno, zato se mamografska preglednost in občutljivost izboljšuje. Na občutljivost pomembno vpliva tudi faza menstruacijskega ciklusa, kajti v drugi, lutenantni fazi pride v dojkah pod vplivom hormonov do tvorbe žleznega tkiva, kar povzroči mamografsko gostejše dojke in zmanjša občutljivost mamografije (16).

Najprimernejši čas za mamografijo je v prvi polovici menstruacijskega ciklusa, in sicer med 5. in 16. dnem, saj je v drugi polovici dojka bolj gosta in boleča, kar zmanjša mamografsko preglednost in zmanjša možnost dobre kompresije ob slikanju. Prednost mamografije pred drugimi diagnostičnimi metodami je velika občutljivost, ugodna cena, ponovljivost in primerljivost, shranljivost izvidov in prikaz mikrokalcinacij (22).

10.1 Rezultati državnega presejalnega programa Dora

Prva povabila na presejalne mamografije so z Registra Dora poslali 26. marca 2008. Prva ženska je opravila presejalno mamografijo 21. 4. 2008. V času od 21. 4. 2008 do 19. 6. 2008 so z Registra Dora poslali 407 vabil, kar je razvidno iz preglednice 3 (23).

Ženske lahko zavrnejo vabilo, če so slikanje opravile pred manj kot 1,5 leta, če so bile operirane za rakom dojk ali ne želijo sodelovati v državnem presejalnem programu Dora in to tudi javijo v register. V tem obdobju je bilo naročenih 334 žensk, starih 69 let. Državni presejalni program Dora je začel z vabljenjem najstarejše ustrezne generacije, rojene od leta 1939 (23).

Od 334 naročenih je 219 opravilo presejalno mamografijo, tako je bil delež udeležbe glede na število naročenih žensk 65,6 %, delež slikanih glede na število poslanih vabil za to obdobje je bil 53,8 % (23).

Od 219 slikanih žensk je bilo 18 žensk povabljenih na dodatne obdelave v presejalni center na Onkološkem inštitutu Ljubljana, med njimi so bili odkriti 3 raki dojk (23).

Preglednica 3: Število vabljenih, naročenih ter slikanih žensk, število obdelav v obdobju 21. 2.–19. 6. 2008 (23)

Število poslanih vabil	407
Število naročenih (ustreznih)	334
Število slikanih	219
Število dodatnih obdelav	18
Število rakov dojk	3

11 VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI DRŽAVNEM PRESEJALNEM PROGRAMU DORA

Medicinska sestra igra pomembno vlogo pri povečanju zavedanja žensk o zgodnjem odkrivanju raka na dojkah in s tem povezanimi informacijami o organiziranem presejanju ciljne skupine žensk za raka dojk, saj imajo tesne in dolge stike z pacientkami (24).

Medicinska sestra ima pomembno vlogo pri predstavitvi državnega presejalnega programa Dora ciljni skupini žensk med 50. in 69. letom. Medicinska sestra razloži ženskam v ciljni skupini med 50. in 69. letom, kaj je presejalni program Dora, kako poteka in namen izvajanja (25).

Medicinska sestra ima pomembno vlogo pri spodbujanju žensk v cilji skupini med 50. in 69. letom, da se redno udeležujejo presejalnega programa Dora. Medicinska sestra razloži pacientki, da je namen presejalnega programa Dora, ki uporablja za presejalno preiskavo mamografijo, preprečevanje raka na dojkah. Pri tem je pomembno, da pacientki vzbudi zaupanje, ji razloži na razumljiv način ter jo naroči na pregled (25).

Medicinska sestra razloži pacientki, kako se pripravi na preiskavo, ter stranske učinke preiskave, saj lahko pride do lažno pozitivnih in negativnih rezultatov. Pomembno je, da pacientki pove, da poteka presejanje na vsaki 2 leti (25).

12 DRŽAVNI PRESEJALNI PROGRAM ZA RAKA NA DEBELEM ČREVESJU IN DANKI – SVIT

Za rakom debelega črevesja in danke letno zbolijo po svetu približno milijon ljudi, umre pa jih približno pol milijona. Ta bolezen je vzrok smrti pri približno 8 % pacientov, ki umrejo za rakom. Rak debelega črevesja in danke je redek v državah v razvoju. Ocenjena starostna incidenčna stopnja raka debelega črevesja in danke v manj razvitih državah je bila leta 2002 okrog 9/100.000 prebivalcev, v razvitih območjih, kot so Evropa, severna Amerika, Avstralija ter Japonska, pa je v povprečju večja za več kot 350 %. V raziskavah o priseljencih iz držav z majhnim tveganjem v področje z velikim tveganjem se je izkazalo, da se ogroženost kmalu poveča, kar kaže pomembnost vpliva okolja na pojav raka. Groba incidenčna stopnja v Evropi je bila leta 2002 ocenjena na 55/100.000 pri moških in pri ženskah 47,8/100.000, kar je več kot 370.000 novih pacientov letno. Incidenca je nekoliko večja na zahodu in severu Evrope. Večino pacientov, z izjemo tistih z genetsko nagnjenostjo, zbolijo po 60. letu starosti, tako pričakujemo samo zaradi posledic staranja prebivalstva v Evropi leta 2020 že več kot 455.000 novih primerov, to je kar 23 %, leta 2050 pa že več kot 526.000 novih primerov, torej več kot 42 % (26).

Klinični znaki, ki opozarjajo na raka debelega črevesja in danke, so neznaki. Odvisni so od mesta tumorja, ali je na desni ali levi polovici debelega črevesja ali danke, velikosti tumorja, razširjenosti, lokalnega vraščanja v sosednje organe, zasevkov v lokalne ali oddaljene bezgavke ali oddaljene organe in zapletov, ki jih tumor povzroča kot obilno krvavitev, zaporo ali predrtje črevesja (27).

Med najpogostejše znake bolezni sodijo bolečine v trebuhu, spremembe ritma iztrebljanja, kot so pogostost iztrebljanja, konsistenca blata, občutek nepopolne izpraznitve črevesa, krvavitev iz črevesja, ki se pokaže kot iztrebljanja melenskega blata ali hematohezije, oslabelost, hujšanje ter slabokrvnost. Pri raku debelega črevesja desne polovice se pogostejše pojavljajo bolečine, hujšanje in slabokrvnost, pri raku debelega črevesja leve polovice pa so pogostejše spremembe ali motnje iztrebljanja ter najdbe sveže krvi v blatu. Za raka danke je značilno iztrebljanje vse tanjšega blata (27).

Natančen vzrok nastanka raka debelega črevesja in danke ni znan, najverjetneje pa je posledica medsebojnega delovanja podedovanih dejavnikov, vplivov okolja ter nepravilnih prehranskih navad, ki ob telesni neaktivnosti povzročijo debelost. Pri 90 % primerov raka na debelem črevesju in danki se razvije iz prej nastalih adenomatoznih polipov, ki jih z endoskopsko tehniko odkrijejo in odstranijo. V daljšem obdobju, v nekaj mesecih ali letih se lahko adenom preobrazi v invazivni rak. Žal je veliko pacientov brez težav, zato je bolezen odkrita šele v napredovalni fazi (27).

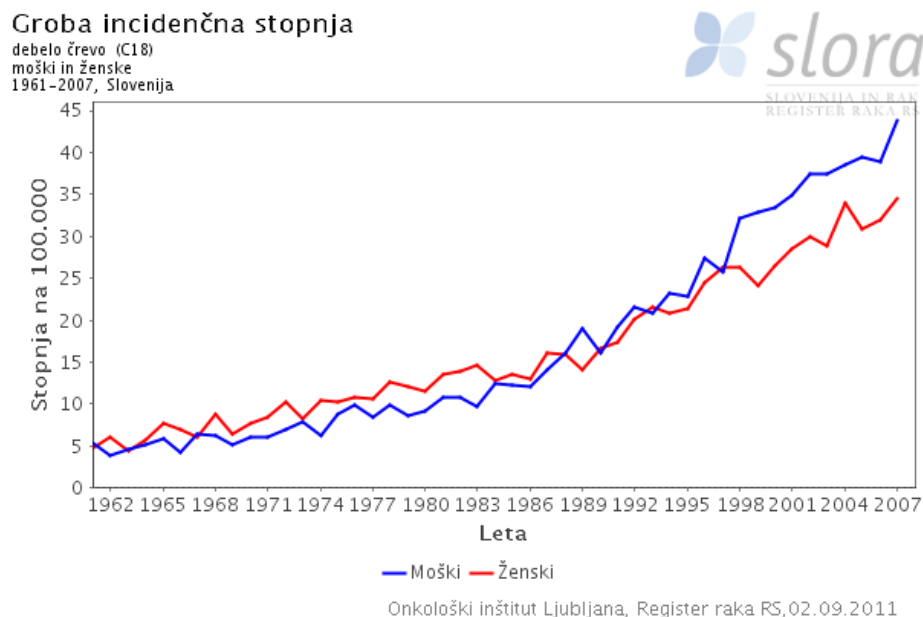
Mednarodne raziskave kažejo, da je organiziran postopek presejanja z izvajanjem preiskave blata za ugotavljanje prikrite krvavitve s primernim diagnostičnim spremljanjem in zdravljenjem po odkritju polipov ali malignih sprememb zmanjšal smrtnost raka debelega črevesja in danke od 15 % do 33 %, odvisno od uporabljene metode presejanja. Raziskave na

Danskem in v Angliji, kjer so 10 let spremljali udeležence v programu presejanja, so pokazale, da so v primerjavi s skupino, ki se presejanja ni udeležila, odkrili 9–11 % več primerov bolezni v omejenem stadiju in število primerov bolezni v napredovalnem stadiju se je zmanjšalo za 4–7 % (28).

12.1 Stanje v Sloveniji pred uvedbo državnega presejalnega programa Sviti

Breme raka debelega črevesja in danke je v Sloveniji velik javnozdravstveni problem, kar je razvidno iz visoke incidence, prevalence in stopnje umrljivosti ter slabšem 5-letnem preživetju pacientov v primerjavi z državami članicami Evropske unije. Delež odkritih primerov bolezni v omejenem stadiju pada, delež odkritih primerov bolezni v napredovalnem in razsejanem stadiju pa narašča od leta 1983. Tako je bil leta 2003 delež odkritega raka na debelem črevesju v omejenem stadiju le 12 % in raka danke 16 % (29).

V Sloveniji incidenca raka debelega črevesja in danke v zadnjih 50 letih narašča, strm porast pa se opazi v zadnjih 15 letih, saj se je podvojila. Med letom 1993 in 1997 je bila povprečna incidenčna stopnja raka debelega črevesja in danke 48,2/100.000 moških in 41,7/100.000 žensk, med letoma 1998 in 2002 pa 62,7/100.000 moških in 46,9/100.000 žensk, kar je razvidno iz slike 10. Leta 1998 je bilo po podatkih Registra raka za Slovenijo 684 novih primerov raka na debelem črevesju in danki, od tega 372 pri moških in 312 pri ženskah. Leta 2003 je bilo 1215 novih primerov raka na debelem črevesju in danki, od tega 684 pri moških in 531 pri ženskah. V tem letu je bila incidenca raka na debelem črevesju in danki 69,9/100.000 moških in 52/100.000 žensk (30).



Slika 10 : Groba standardizirana incidenčna stopnja raka debelega črevesja za Slovenijo od leta 1962 do 2007 (11)

V letu 2004 pa je za rakom debelega črevesja in danke zbolelo 1291 ljudi, od tega 719 moških in 572 žensk. Po podatkih Registra raka za Slovenijo je bilo leta 2005 1217 novih primerov raka debelega črevesja in danke, kar je z 12,5 % četrti najpogostejši rak pri moških in z 10,1 % tretji najpogostejši rak pri ženskah (31).

Prav tako zbolevnost narašča s starostjo prebivalstva, saj je opazen strm dvig incidence po 45. letu starosti. Leta 2003 je bilo ugotovljenih 46 primerov raka debelega črevesja in danke pri moških, mlajših od 50 let, in 30 primerov pri ženskah, mlajših od 50 let. Največ primerov raka debelega črevesja in danke pri moških je bilo registriranih po 70. letu starosti, in sicer 322 novih primerov. V starosti 50–70 let je bilo registriranih 310 novih primerov raka debelega črevesja in danke. Pri ženskah je bilo največ primerov raka debelega črevesja in danke registriranih po 70. letu starosti, in sicer 284 novih primerov. V starosti med 50. in 70. letom je bilo registriranih 216 novih primerov raka (30).

Geografska analiza podatkov registra prikazuje, da v Sloveniji ni področij, kjer bi bili prebivalci ogroženi z rakom debelega črevesja bolj kot v drugih delih države. Pri raku danke pa se že vrsto let kaže, da je na zemljevidu incidenca v jugovzhodni Sloveniji večja kot v drugih predelih (26).

Delež odkritih primerov raka na debelem črevesju in danki se v omejeni obliki bolezni pri obeh spolih ne spreminja bistveno. Leta 2003 je bilo v lokalno omejeni obliki odkritih samo 12,1 % raka na debelem črevesju in 16 % raka danke, leta 2004 12,1 % raka na debelem črevesju in 17,9 % raka danke ter leta 2005 11,6 % raka na debelem črevesju in 12,7 % raka danke (31).

Relativno 5-letno preživetje zbolelih v Sloveniji v obdobju 1990–1994 je bilo po podatkih raziskave EURO CARE-3, ki je obravnavala podatke 1.800.000 pacientov v 20 evropskih državah in regijah, 38-odstotno pri raku debelega črevesja in 34,5-odstotno pri raku danke, kar je 12,2 % pod evropskim povprečjem (28).

Relativno 5-letno preživetje pacientov, zbolelih za rakom debelega črevesja in danke v letih 2000–2004, je bilo 54,9-odstotno pri moških in 55,6-odstotno pri ženskah, kar je po raziskavi EURO CARE kar za 18 % več kot v letih 1990–1994. Podatki potrjujejo, da se relativno 5-letno preživetje pacientov z rakom na debelem črevesju in danki postopoma izboljšuje zaradi večjega odstotka zdravljenih pacientov, izboljšanja operacijske tehnike ter pooperativne nege in zdravljenja. Razširjenost bolezni v trenutku, ko je bolezen odkrita, se pravi stadij ob diagnozi ostaja nespremenjen, prav tako odstotek umrljivosti, ki v Evropi sodi na sam vrh (31).

Pregledovanje samo simptomatskih pacientov, brez nadzora in neorganizirano pri obvladovanju bremena raka na debelem črevesju in danki v Sloveniji, ni dajalo ustreznih rezultatov, kar se je kazalo v osnovnih epidemioloških kazalnikih: nizkem deležu odkritih bolezni v omejenem stadiju, slabšem preživetju in visoki umrljivosti. Zato je bil v Sloveniji uveden presejalni program za raka na debelem črevesju in danki (29).

Ocenjeno je bilo, da stane zdravljenje pacienta z rakom debelega črevesja in danke, odkritega v omejeni fazi, 10.253 evrov, zdravljenje pacienta z rakom, odkritim v napredovalni ali razsejani fazi bolezni, pa 29.955 evrov. V izračunih povprečnih stroškov zdravljenja so zajeli stroške za kolonoskopijo, diagnostične postopke pred operacijo, onkološko zdravljenje brez obsevanja danke (stroški niso bili pridobljeni), specialistično ambulantno dejavnost, zdraviliško zdravljenje, obiske v osnovni zdravstveni dejavnosti, nadomestilo plače za bolniško odsotnost in stroške paliativnega zdravljenja. Za leto 2003 so znašala sredstva za zdravljenje pacientov pri bolezni, ki je bila odkrita v omejeni obliki, kar 1.712.274 evrov to je 14,7 %. Za paciente z napredovalno ali razsejano fazo bolezni so sredstva za zdravljenje znašala 29.116.780 evrov, kar je 85,3 % (28).

S presejanjem po petih letih je pričakovati zvečanje deleža raka, odkritega v omejenem stadiju s 14,7 % na 30 %, po desetih letih pa kar na 50 %. Posledično se bodo po petih letih v obratnem sorazmerju zvečali skupni stroški zdravljenja raka v omejeni obliki na 3.506.573 evrov letno oziroma na 5.839.161 evrov letno po desetih letih. Zmanjšali se bodo skupni stroški zdravljenja razširjenega ali razsejenega raka, in sicer po petih letih na 23.874.561 evrov letno ter na 17.059.677 evrov letno po desetih letih. Tako se bo na ravni države prihranilo v petih letih 3.447.920 evrov letno oziroma 4.482.296 evrov letno po desetih letih izvajanja programa (28).

Poleg prihrankov zaradi zmanjšanja stroškov zdravljenja so pomembni prihranki na ravni posrednih stroškov v obliki 39 ohranjenih življenj letno do 65. leta starosti, ob predpostavki, da se umrljivost zaradi raka na debelem črevesju in danke zmanjša za 25 %. V petih letih pomeni to 194 ohranjenih življenj do 65. leta starosti ter dodatnih 14.555.312 evrov prihranjenega denarja na račun dohodka oseb, ki preživijo zaradi presejanja, in sicer v starostni skupini od 50. do 64. leta (28).

Optimalno odzivnost populacije, 70-odstotno, je pričakovati sčasoma z večjim ozaveščanjem splošne javnosti, posebno ciljne populacije, kar naj bi dosegli z obsežno kontinuirano medijsko dejavnostjo in splošnim ozaveščanjem populacije in podporo strokovne javnosti predvsem v osnovni zdravstveni dejavnosti (28).

13 DRŽAVNI PRESEJALNI PROGRAM SVIT

Zdravstveni svet pri Ministrstvu za zdravje Republike Slovenije je decembra 2006 potrdil predlog organiziranega programa za presejanje raka na debelem črevesju in danki na državni ravni. V letu 2007 in na začetku leta 2008 so začele potekati priprave za začetek državnega presejalnega programa Svit in v letih 2008–2009 je sledilo izvajanje prvega kroga programa presejanja na državni ravni(28).

Po izkušnjah držav, ki imajo organiziran program presejanja na državni ravni za raka debelega črevesja in danke, kot so Finska, Francija, Anglija, Španija (Katalonija) in Izrael, so tudi v Sloveniji državni presejalni program presejanja organizirali, izvajali in upravljali s centralnega mesta. Centraliziran pristop je potreben, ker je potrebno organizirano presejanje načrtovati, spremljati, nadzorovati in ocenjevati učinkovitost programa. Program organiziranega presejanja in zgodnjega odkrivanja raka na debelem črevesju in danki se v Sloveniji imenuje Svit (28).

Iz državnega presejalnega programa Svit so pred začetkom presejanja programa izključili paciente, ki so že zboleli za rakom debelega črevesja in danke in se zdravijo ali pa jih spremljajo specialisti. Med izvajanjem državnega presejalnega programa Svit so iz presejalnega programa na državni ravni izključili tudi tiste posameznike, pri katerih so pri kolonoskopiji odkrili polipe ali drugo patologijo. V nadaljevanju so jih vključili v redno spremljanje s kolonoskopijo, za kar sta poskrbela osebni zdravnik in gastroenterolog (28).

Centralna enota programa Svit skrbi za nabor ciljne populacije, obveščanje in vabljenje ciljne populacije na program presejanja, zbira podatke o rezultatih testov in nadaljnjih preiskavah ter zdravljenju in obvešča preiskovance in njihove izbrane zdravnike o rezultatih testov. Analiza testov za ugotavljanje prikrite krvavitve poteka v centralnem laboratoriju pri centralni enoti Svit, ker je tako mogoče zagotoviti enako in visoko kakovost vseh vzorcev blata, ki jih pregledajo. Centralna enota Svit s svojo epidemiološko enoto skrbi tudi za spremljanje kazalcev kakovosti in uspešnosti presejanja raka debelega črevesja in danke (28).

V Sloveniji se izvaja državni presejalni program Svit pri obeh spolih prebivalstva v starosti od 50. do 69. leta na vsaki dve leti. Za presejalno metodo se uporablja test za ugotavljanje prikrite krvavitve v blatu. S tem testom lahko med odraslimi, ki so brez kliničnih težav, odkrijemo ljudi, pri katerih je velika verjetnost, da imajo predrakavo spremembo, neinvazivno ali zgodnjo invazivno obliko raka. Vsi, pri katerih s testom odkrijejo kri v blatu, potrebujejo nadaljnje diagnostične preiskave za pojasnitev teh sprememb. Osnovna diagnostična preiskava pri pozitivnih preiskovancih je kolonoskopija (31).

Merilo za presojo učinkovitosti programa presejanja je zmanjšanje obolevnosti in umrljivosti redno pregledanega prebivalstva. Organizirano presejanje poteka množično, zato je treba na preventivni presejalni pregled povabiti vse odrasle v določeni starostni skupini. Učinek presejanja se s populacijskega vidika lahko pokaže samo, če je redno pregledan zadosten delež preiskovancev v določeni starostni skupini. Pričakujemo lahko, da ima organizirano presejanje večji javnozdravstveni učinek kot pregledovanje simptomatskih bolnikov, če ga

hkrati spremlja tudi zadosten nadzor kakovosti vseh postopkov od presejalnega pregleda do zdravljenja odkritih sprememb (31).

Med najbolj razširjene teste sodita hematest z gvajakom in imunokemični test. Oba testa izpolnjujeta merilo za populacijsko presejanje, ki ga določa Svetovna zdravstvena organizacija. Presejalni test mora biti poceni, hiter in preprost, njegov namen ni postavljanje končne diagnoze. Paciente s pozitivnim testom je treba napotiti na dodatne diagnostične preiskave, zdravljenje pa mora biti uspešno (31).

Test z gvajakom ni občutljiv za krvavitev le iz dela debelega črevesja in danke, ampak pokaže krvavitev iz celega prebavnega trakta. Pri testu z gvajakom mora preiskovanec tri dni pred testiranjem imeti dieto brez rdečega mesa in živil, ki vsebujejo kri, ker bi se sicer povečal delež lažno pozitivnih testov. Preiskovanec mora uživati prehrano, bogato z vlakninami, kot so sadje, zelenjava in žitarice, vendar naj na dan ne bi zaužil več kot 250 mg vitamina C v obliki dodatkov k prehrani ali s hrano. Velike količine zaužitega vitamina C namreč zvečajo delež lažno negativnih testov, nesteroidni antirevmatiki ali antigulantna zdravila pa lahko izzovejo krvavitev in tako povečajo delež lažno pozitivnih testov. Največja napaka testa z gvajakom je torej premajhna preobčutljivost in specifičnost za raka na debelem črevesju ali danki (31).

Imunokemični test v nasprotju z gvajakom zaznava protitelesa, ki so občutljiva za človeški hemoglobin. Test omogoča samodejno odčitavanje rezultata, kar pomeni pregled velikega števila testov hkrati v standardnih pogojih in zagotavljanje visoke kakovosti preiskav. V primerjavi s testom z gvajakom zazna večji delež polipov in rakov, čemur je presejanje za zgodnje odkrivanje patologije tudi namenjeno. Imunokemični test je bolj specifičen za prikrito krvavitev v debelem črevesju in danki, medtem ko test z gvajakom zazna krvavitev v celotnem prebavnem traktu. Imunokemični test od preiskovanca ne zahteva dodatnih priprav v obliki diet in ne prepoveduje uživanja zdravil (31).

Strokovna javnost se vse bolj nagiba k uporabi imunokemičnega testa za presejanje raka na debelem črevesju in danki, saj ima v primerjavi s testom z gvajakom boljše razmerje med občutljivostjo in specifičnostjo testa, omogoča namreč odkrivanje tistih udeležencev presejanja, pri katerih obstaja večja verjetnost malignih sprememb. S tem testom lahko v višjem odstotku zmanjšajo umrljivost. Imunokemične teste za presejanje raka na debelem črevesju in danki uporabljajo na Japonskem in v Avstraliji, na uvedbo pa se pripravljajo tudi Francija, Anglija in Kanada (31).

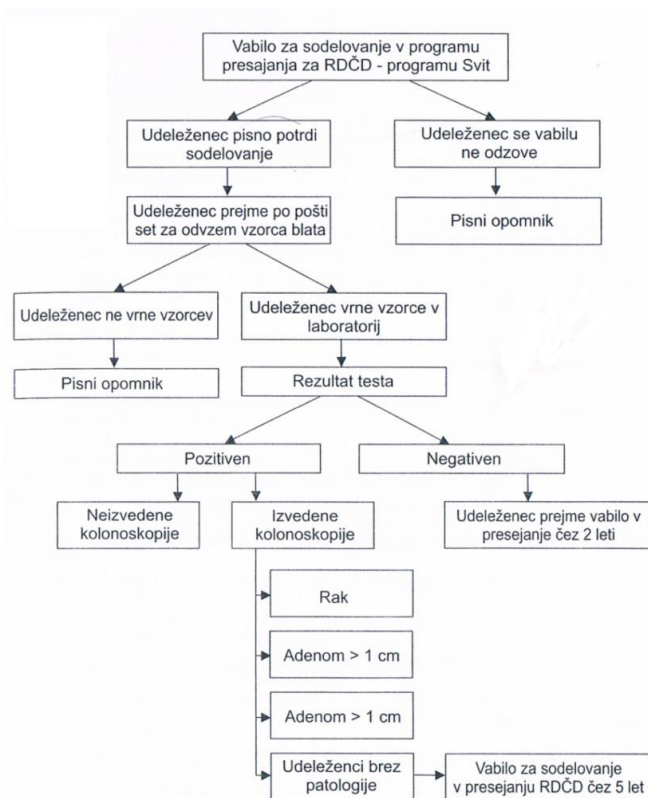
V Sloveniji za razliko od ostalih držav v Evropi uporabljamo imunokemični test za odkrivanje prikrite krvavitve v blatu, saj je specifičnost 95 % ter občutljivost od 70 % do 90 % (32).

Po podatkih iz strokovne literature je ob uporabi imunokemičnega testa pričakovati 4–6 % pozitivnih testov. Osebe s pozitivnim testom je treba napotiti na kolonoskopijo, ki se uporablja kot diagnostična metoda za zgodnje odkrivanje predmalignih lezij in hkrati omogoča takojšnjo odstranitev prisotnih polipov ali po potrebi tudi biopsijo. Tako v Sloveniji po posvetu z gastroenterologom v presejalnem programu pričakujejo 6 % pozitivnih imunokemičnih testov (28).

Posamezniki iz ciljne populacije v starosti od 50 do 69 let, naj bi iz centra Svit vsaki dve leti prejeli vabilo za udeležbo v državni presejalni program Svit. Skupaj z vabilom vsak prejme tudi izjavo o prostovoljnem sodelovanju v državnem presejalnem programu Svit. Na osnovi podpisane izjave prejme udeleženec po pošti na dom komplet imunokemičnih testov za ugotavljanje prikrite krvavitve v blatu. Od udeležencev v državnem presejalnem programu Svit pričakujejo aktivno sodelovanje, in sicer, da bo odvzel dva zaporedna vzorca svojega blata in ju v posebni embalaži po pošti poslal centralnemu laboratoriju. Centralni laboratorij bo analiziral vzorce blata z aparatom za avtomatično odčitavanje rezultatov. Ta laboratorij deluje kot del centra Svit (32).

Postopek organiziranega programa presejanja na državni ravni prikazuje slika 11 (31):

- izbrane ljudi v ciljni skupini povabijo k sodelovanju v programu Svit;
- tistim, ki potrdijo sodelovanje v programu, pošljejo komplet za izvedbo testa za ugotavljanje prikrite krvavitve;
- preiskovanci pošljejo vzorec blata v centralni laboratorij;
- če je test negativen, ponovijo testiranje čez 2 leti;
- če je test pozitiven, je potreben napotitev na kolonoskopijo, skladno s programom presejanja;
- če je kolonoskopija negativna, testiranje ponovijo čez 5 do 10 let, odvisno od družinske ogroženosti;
- če je kolonoskopija pozitivna, je potrebno zdravljenje, skladno s strokovnimi smernicami in klinično prakso.



Slika 11: Prikaz sheme delovanja državnega presejalnega programa Svit za odkrivanje raka debelega črevesja in danke (28)

Osebe, vključene v državni program presejanja Svit, so v program vabljene na vsaki dve leti. To pomeni, da je nekdo, ki je ob vstopu presejanja star 50 let, do svojega 69. leta desetkrat povabljen v presejalni program (28).

Kljub priporočilu evropske komisije, naj bi organiziran program presejanja na državni ravni za raka na debelem črevesju in danki izvajali za prebivalstvo v starosti od 50. do 74. leta, se je delovna skupina programa Svit odločila v prvi fazi izvajati program presejanja na državni ravni za raka na debelem črevesju in danki le za starostno skupino med 50. in 69. letom. Če se bo pokazalo, da je program presejanja na državni ravni izvedljiv in da imajo dovolj kapacitet za izvedbo dodatnih kolonoskopij, bodo državni presejalni program Svit razširili še na starostno skupino od 70. do 74. leta, kar je smiselno, saj incidenca raka na debelem črevesju in danki s starostjo raste in je največja po 70. letu starosti. Generacija 50-letnikov, ki se bo vsako leto na novo vključila v državni program presejanja Svit, ne bo dodatno obremenila programa Svit, saj bo hkrati generacija 70-letnikov izstopila iz programa (31).

Delež potrebnih imunokemičnih testov se bo s trajanjem državnega presejalnega programa Svit zmanjšal zaradi negativnih kolonoskopij, ki zahtevajo ponovno testiranje z imunokemičnimi testi šele čez 5 do 10 let, odvisno od družinske obremenjenosti preiskovanca (31).

Največ pacientov za rakom debelega črevesja in danke odkrijejo, ko se izrazijo simptomi, kar je praviloma posledica napredovane bolezni, pri kateri je 5-letno preživetje manj kot 40-odstotno. Pri pacientih z lokalno omejeno boleznijo, ki so brez simptomov, pa je 5-letno preživetje 85-odstotno (27).

Primarni cilj državnega presejalnega programa Svit je zmanjšanje umrljivosti za rakom debelega črevesja in danke ter z odkrivanjem in odstranjevanjem polipov tudi zmanjšanje incidence raka debelega črevesja in danke. Sekundarni, vendar pomembni cilji državnega presejalnega programa Svit so tudi večji delež pacientov z rakom debelega črevesja in danke, odkritih v zgodnji fazi bolezni, zmanjšanje stroškov zdravljenja bolezni, izboljšanje kakovosti življenja ljudi, ki zbolijo za rakom debelega črevesja in danke, ter zadovoljstvo ljudi, ki vstopajo v presejalni program (28).

13.1 Rezultati pilotne študije državnega presejalnega programa Svit

Rak debelega črevesja in danke je zelo pogosta bolezen, za katero v ZDA zboli kar 148.810 ljudi letno, od tega 108.070 za rakom debelega črevesja, ostali pa za rakom danke. Letno za to boleznijo umre 49.960 obolelih, kar je 33,5 % in je 9 % vseh smrti zaradi raka. Rak debelega črevesja in danke je tako v ZDA tretji rak po incidenci in vzroku smrti. V Sloveniji je rak debelega črevesja in danke drugi najpogostejši novo odkriti rak pri obeh spolih skupaj. Za rakom debelega črevesja in danke je leta 2006 zbolelo 1284 pacientov, umrlo pa jih je 682, kar predstavlja 12,9 % vseh smrti zaradi raka. Vzrok za razliko v preživetju med

Slovenijo in ZDA je, da imajo v ZDA že od leta 1980 sprejete smernice za presejanje raka na debelem črevesju in danki pri osebah brez posebnih dejavnikov tveganja (32).

V pilotni fazi so želeli ugotoviti, kako program deluje na državni ravni, kakšno odzivnost vabljenih ljudi lahko pričakujejo, kolikšno je število pozitivno imunskih testov za določanje globina v blatu ter kakšen odstotek predrakavih sprememb ali raka lahko pričakujejo v državnem presejalnem programu Svit (32).

Iz slike 12 je razvidno, da so iz centra Svit od junija do decembra poslali 9091 vabil prebivalcem ljubljanske, kranjske in celjske regije, starim med 64. in 68. letom, z vabilom, da se vključijo v pilotno fazo državnega presejalnega programa Svit. Odgovorilo je 3807 povabljenih prebivalcev, se pravi 41,9 %. Zaradi medicinskih meril so izključili 496, to je 13 % oseb, saj jih je od tega 51 pacientov že imelo postavljeno diagnozo raka na debelem črevesju in danki in so bili tako že vključeni v redno sledenje. V zadnjih treh letih je že opravilo kolonoskopijo 395 oseb, kar je 10,3 % pacientov, ki so odgovorili na povabilo, med njimi je imelo 34 pacientov, to je 0,9 %, kronično vnetno črevesno bolezen. Petnajst vabljenih ljudi, kar je 0,4 %, je odklonilo sodelovanje v pilotni fazi (32).

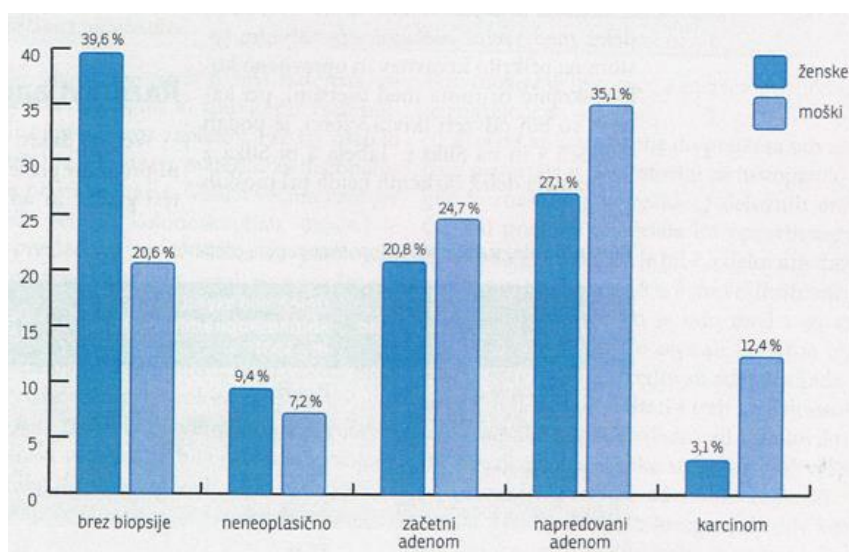
Poslana prva vabila (starost 65–69 let)	9189
Vročena prva vabila	9091
Vrnjeni podpisani pisni pristanki	3807
Odzivnost (%)	41,9 %
Poslani kompleti za odvzem vzorcev blata	3117
Vrnjeni kompleti za odvzem vzorcev blata	2829
Odzivnost (%)	90,8 %
Makroskopsko neuporabni vzorci blata pred analizo	2,8 %
Neuporabni vzorci blata med analizo	0,5 %
Pozitivni imunokemični testi	271 (7,4 %)

Slika 12: Podatki o vabljenih pacientih v pilotni fazi Svit (32)

Komplet za odvzem dveh vzorcev blata za imunokemično analizo prikrite krvavitve v blatu so poslali 3117 preiskovancem, ki so vrnil 2829 testov, kar je 90,8 %. Med vrnjenimi testi je bilo 7,4 % testov pozitivnih, 89,5 % testov negativnih, od tega za analizo vzorcev blata ni bilo primernih 3,2 % kompletov. 271 preiskovancev, pri katerih je bil test na prikrito krvavitev v blatu pozitiven, so poslali na kolonoskopijo. Iz preglednice 4 je razvidno, da je bilo 193 preiskovancev, ki so opravili kolonoskopijo, in sicer 97 žensk in 96 moških. Zadovoljna čistost črevesja je bila dosežena pri 88 % pacientov (32).

Preglednica 4: Delež najdb med spoloma (32)

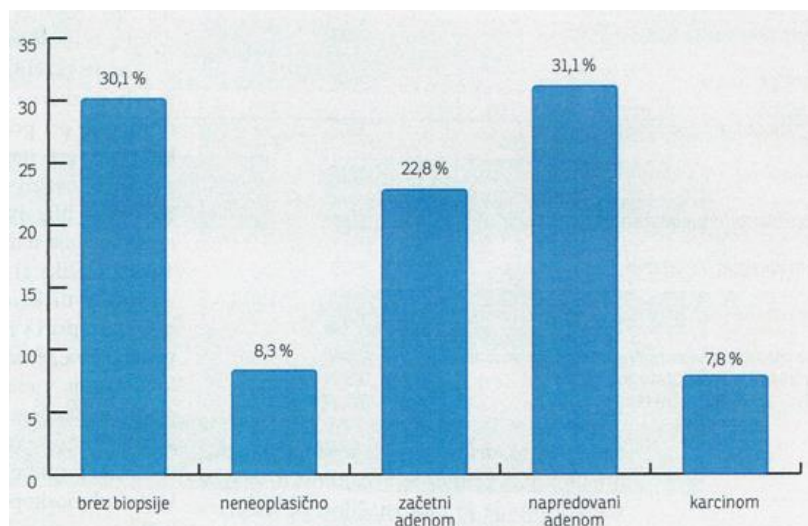
Najdba	Število	Delež med vsemi kolonoskopiranimi osebami (n = 193)	Delež med osebami z odvzemom tkiva (n = 135)
Brez histologije	58	30,1 %	
Neneoplastično	16	8,3 %	11,9 %
Začetni adenom	44	22,8 %	32,6 %
Napredovali adenom	60	31,1 %	44,4 %
Karcinom	15	7,8 %	11,1 %

**Slika 13: Delež najdb med vsemi kolonoskopijami in prikaz razlike med spoloma (32)**

Iz preglednice 4 je razvidno, da je bilo narejenih 135 totalnih kolonoskopij, torej pri 99,4 % pacientov. Pri 70 % je bil odvzet material za histopatološko preiskavo tkiva. Pri 104 osebah, to je 53,8 %, so odkrili adenome. Pri 60 preiskovancih (31,1%) je bil odkrit vsaj 1 napredovalni adenom, velik 1cm ali več. Prikaz histopatoloških najdb in njihov delež med vsemi osebami s pozitivnim testom na prikrito krvavitev in opravljeno kolonoskopijo oziroma med osebami, pri kateri so bili odvzeti tkivni vzorci, je podan v preglednici 4 in na sliki 14 (32).

Preglednica 5: Delež najdb med kolonoskopiranimi osebami (32)

Najdba	Delež med vsemi kolonoskopiranimi moškimi (n = 97)	Delež med vsemi kolonoskopiranimi ženskami (n = 96)
Brez histologije	20,6 %	39,6 %
Neneoplastično	7,2 %	9,4 %
Začetni adenom	24,7 %	20,8 %
Napredovali adenom	35,1 %	27,1 %
Karcinom	12,4 %	3,1 %



Slika 14: Delež najdb med vsemi kolonoskopiranimi osebami (32)

Preglednica 5 in slika 13 prikazujeta delež različnih najdb pri moških in ženskah. Razlika med spoloma je statistično značilna, več adenomov je bilo najdenih pri moških. Kot je razvidno iz preglednice 4 in slike 13 je bila pozitivna napovedna vrednost kolonoskopije po pozitivnem testu na prikrito krvavitev za napoved napredovalnega adenoma oziroma invazivnega karcinoma 37,9 %: pri moških je bila 47,8 %, pri ženskah pa 27,7 %, razlika je bila statistično značilna (32).

Invazivni karcinom je bil odkrit pri 15 pacientih, pri 14 je bila diagnoza karcinom postavljena že pri vzorcu, odvzetem pri kolonoskopiji, v enem pa je bila diagnoza postavljena pri patološkem pregledu kirurškega resektata. V tem primeru je bila resekcija potrebna zaradi velikega adenoma, ki ga kolonoskopsko ni bilo mogoče odstraniti. V tem primeru je šlo za karcinom v adenomu, ki je bil v celoti odstranjen in zato ni bilo potrebne nobene operacije (32).

Večina držav, ki že imajo uveden državni program presejanja raka debelega črevesa in danke, uporablja teste gvajak za odkrivanje prikrite krvavitve v blatu. Raziskave, v katerih so uporabljali teste gvajak, so dokazali, da se ob rednih presejanjih zmanjša umrljivost zaradi raka ne debelem črevesju in danki v 8 do 13 letih po začetku sledenja za 15–33%. Takšno zmanjšanje umrljivosti je možno, ker je bil rak na debelem črevesju in danki odkrit v bolj zgodnjem stadiju. Petletno preživetje bolnikov z rakom debelega črevesja in danke, ki je omejen na steno črevesja brez zasevkov v bezgavkah, to sta stadij I in II, je 90-odstotno. Če je bolezen področno zamejena, stadij III, je petletno preživetje 68-odstotno, pri pacientih z razsejeno obliko bolezni pa le 10-odstotno (32).

V Franciji se je v pilotni fazi presejanja raka debelega črevesja in danke s testom gvajak na prikrito krvavitev v blatu na povabilo za udeležbo v programu odzvalo 55,5 % povabljenec, v Italiji pa v letu 2005 47,1 %. V evropskih programih presejanja raka na debelem črevesju in danki je udeležba povabljenih prebivalcev od 52,8 do 67,2 %. Primerjava naših rezultatov z rezultati, ki so v literaturi, je zadovoljiva, saj je odzivnost vabljenih v program Svit 41,9-odstotna, pacientom v primeru neodzivnosti namreč niso poslali ponovnih vabil (32).

Glede pozitivnih najdb pri kolonoskopiji je bilo ugotovljeno, da je bilo pri ugotavljanju raka na debelem črevesju in danki odkritih primerljivo število pacientov z rakom debelega črevesja in danke (7,8 %) kot v drugih državah. Ugotovili so višje število adenomov (22,8 %) in napredovalnih adenomov (31,1 %) kot v drugih presejalnih programih raka na debelem črevesju in danki v Evropi. Razlog za to je verjetno v višji povprečni starosti pacientov, vključenih v pilotno fazo državnega presejalnega programa Svit. Posebno pomemben je visok odstotek pacientov z rakom debelega črevesja in danke, ki so ob odkritju imeli stadij I in II (73, 3%), kar omogoča boljše preživetje bolnikov po operativnem zdravljenju. Našli so statistično večje število rakov na debelem črevesju in danki pri moških kot pri ženskah, podobne rezultate imajo tudi v nekaterih drugih preiskavah, vendar ne pri vseh. Razloga za višje število najdenih adenomov sta predvsem višja povprečna starost v naši pilotni populaciji in izkušnost kolonoskopistov, ki so v študiji sodelovali (32).

Kontrolirane raziskave so pokazale, da kolonoskopija lahko zgreši adenome, večje kot 1 cm, v 6 do 12 %. Možnost, da pri kolonoskopiji spregledajo raka na debelem črevesju in danki, pa je približno 5-odstotna. Za zmanjšanje možnosti, da se spregledajo spremembe, je potrebno, da kolonoskopijo v presejalnem programu izvajajo izkušeni gastroenterologi, ki letno opravijo vsaj 200 kolonoskopij. Pri tem pa je potrebna tudi ustrezna čistost črevesja pacientov pred kolonoskopijo, saj je od tega odvisna uspešnost odkrivanja in odstranjevanja polipov (32).

14 VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI PRESEJALNEM DRŽAVNEM PROGRAMU SVIT

Medicinska sestra je pomemben komunikator in promotor državnega presejalnega programa Svit in preventivnega vedenja za raka debelega črevesja in danke, saj uživa veliko zaupanja javnosti. Pomembno je, da paciente, ki so v ciljni starosti med 50. in 69. letom, povpraša o njihovi udeležbi v programu Svit. Naloga medicinskih sester je zlasti motivacija za aktivno udeležbo v državnem presejalnem programu Svit, nudenje pojasnil in utrjevanje zaupanja (33).

Medicinske sestre imajo pri pregledu raka debelega črevesja in danke odločilen pomen za prepoznavanje in odpravljanje ovir, ki se lahko pojavijo ob začetku pregleda pacientov. Pomembna je interakcija medicinskih sester z pacientom, njihova komunikacija in opozarjanje na pomembnost presejanja v ciljni skupini pacientov pri raku debelega črevesja in danke, ter tveganja in prednosti, ki se pojavijo ob tem (34).

Najbolj pogoste ovire, ki se pojavijo pri moških in ženskah v ciljni skupini za presejanje raka na debelem črevesju in danki so praktični razlogi, kot je nasprotje z delom ali družino, neprijetnosti. Druge ovire so bile, da pacient nima trenutne zdravstvene težave ali simptome raka na debelem črevesju in danke ter anksioznost glede rezultatov testiranja in zadrego (34).

Medicinske sestre aktivno vstopajo v program Svit, ko dobi udeleženec napotilo na kolonoskopijo (udeleženci državnega presejalnega programa Svit, pri katerih je bil test na prikrito krvavitev v blatu pozitiven). S pacientom se srečajo pred obiskom splošnega zdravnika ali po njem. Kontekst komunikacije je nekoliko drugačen, kot je ob srečanju pacienta z zdravnikom. Zdravnikova naloga je dajati pojasnila s področja medicinske stroke, pacienta primerno pripraviti na kolonoskopijo, ustvariti vzdušje zaupanja in sodelovanja in mu dati ustrezna individualna navodila za preiskavo, medtem ko je naloga medicinske sestre, da daje motivacijo udeležencu in utrjuje zaupanje ter odstranjuje morebitne ovire. Medicinska sestra po obisku izbranega osebnega zdravnika pred kolonoskopijo skupaj s pacientom pokliče v Klicni center Svit in mu uredi datum za kolonoskopijo. Če to ni mogoče (popoldanske ambulate), pacientu podrobno pojasni, kako se sam naroči na presejalno kolonoskopijo. Svetuje mu tudi glede praktičnih podrobnosti priprave na kolonoskopijo (33).

15 VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI DRŽAVNIH PRESEJALNIH PROGRAMIH

Medicinska sestra je pomemben promotor državnih presejalnih programov, ki potekajo v Sloveniji, in sicer so to ZORA, Dora in Svit.

V državnem presejalnem programu ZORA medicinska sestra ciljno populacijo žensk med 20. in 64. letom spobduja k udeležbi. Pri tem je pomembno, da tako opredeljenim kot neopredeljenim pacientkam razloži namen državnega presejalnega programa ZORA, njegov potek in naroči pacientko na pregled.

V državnem presejalnem programu Dora medicinska sestra ciljno populacijo žensk med 50. in 69. letom spobduja k udeležbi. Pri tem je pomembno, da pacientkam razloži namen državnega presejalnega programa Dora, njegov potek in stranske učinke mamografije ter naroči pacientko na pregled. Pri tem je pomembno, da je komunikacija primerna, razumljiva in razločna.

V državnemu presejalnem programu Svit medicinska sestra ciljno populacijo žensk in moških med 50. in 69. letom spobduja k udeležbi. Pri tem je pomembno, da pacientom razloži namen državnega presejalnega programa Svit, njegov potek ter naroči paciente na pregled.

16 ZAKLJUČEK

Po priporočilih Sveta Evropske unije o raku so v Sloveniji uvedli presejalne programe na področju sekundarne prevetive.

Državni presejalni program ZORA se bori proti raku materničnega vratu in za preiskavo uporablja PAP-test. Program je bil vzpostavljen leta 2003 in zajema žensko populacijo med 20. in 64. letom. Odzivnost žensk je več kot 80-odstotna, tako smo presegli 70-odstotno pregledanost in se znašli pred Finsko ter Veliko Britanijo. Interval poteka na 3 leta po dveh negativnih izvidih.

Delovanje je potrebno usmeriti na starejšo populacijo žensk po 50. letu starosti, jo ozaveščati preko medijev in v ginekoloških dispanzerjih. Prav tako je potrebno okrepiti delovanje na področju mariborske, koprške in murskosoboške regije, saj je tam odzivnost manjša.

Marca 2008 je bil vzpostavljen državni presejalni program Dora, ki se bori proti raku dojk in uporablja mamografijo za presejalno preiskavo. Zajema populacijo žensk med 50. in 69. letom. Interval poteka na vsako drugo leto.

Državni presejalni program Dora je še svež, zato potrebuje veliko več promocije, saj je bila udeležba od 21. 4. 2008 do 19. 6. 2008 65,6-odstotna, se pravi manjša od ciljne pregledanosti, to je 70 %.

Državni presejalni program Svit je bil vzpostavljen v letu 2008 in deluje proti raku debelega črevesja in danke ter za presejalno preiskavo vključuje pregled blata na prikrito krvavitev. Vključena je populacija med 50. in 69. letom tako za moške kot ženske. Smiselno bi jo bilo razširiti do starostne skupine 74 let, ker incidenca raka na debelem črevesju in danki s starostjo raste in je največja po 70. letu starosti. Interval poteka na vsaki dve leti.

Po pilotni fazi državnega presejalnega programa Svit so ugotovili 41,9-odstotno udeležbo, kar je dober rezultat, saj v primeru neodzivnosti niso poslali ponovnih vabil. Vendar je pomembno delovati predvsem na moško populacijo za večjo udeležbo, saj je bolj ogrožena.

Pomembno vlogo pri državnih presejalnih programih ZORA, Dora in Svit ima tudi medicinska sestra, saj ima ključno vlogo pri promociji in motiviranju pacientov za aktivno udeležbo pri državnih presejalnih programih. Pri tem je pomembno, da pacientom v ciljnih skupinah razloži namen državnih presejalnih programov, njihov potek in pri tem uporablja razločno in jasno komunikacijo ter vzbudi zaupanje pri pacientih.

17 SEZNAM VIROV

1. Bosman T. F. Pathology. In: Nursing patients with cancer, principles and practice: Elsevier Limited. cop, 2006: 97-113.
2. Maučec Zakotnik J. Vloga države v boju proti raku. In: Skela Savič B, Logonder M. Lokar K, 31. Strokovni seminar: »Ukrepajmo danes, da bomo živeli jutri«: Moravske toplice, 30.9 in 1.10.2004, Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji pri Zbornici zdravstvene nege Slovenija - Zvezi strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2004: 5-9.
3. Rak v Sloveniji 2007, Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana, Epidemiologija in register raka, Register raka Republike Slovenije, 2010.
4. Boyle P, Primic Žakelj M. Evropski kodeks proti raku. Obzor zdr n 1996; 30(1-2): 3-5. <http://www.obzornikzdravstvenenege.si/vsebina.aspx?letnik=30&stevilka=1> < 08. 04. 2010 >
5. Weyler J. Types of prevention: basic concepts. In: ESMO of cancer prevention: Informa UK. cop, 2008: 11-18.
6. Primic Žakelj M, Zadnik V: Presejanje in zgodnje odkrivanje raka. In: Onkologija, raziskovanje, diagnostika in zdravljenje raka. Ljubljana: Mladinska knjiga, 2009: 50-55.
7. Primic Žakelj M, Zadnik V. Presejanje in zgodnje odkrivanje raka. In: Štabuc B, Primic Žakelj M, Čeh F. eds: XIII. Seminar » In memoriam dr. Dušana Reje«: Zgodnje odkrivanje raka - izzivi za prihodnost, Ljubljana: Zveza slovenskih društev za boj proti raku, 2005: 8-13.
8. Primic Žakelj M, Zadnik V, Pogačnik A. etc. Presejanje za raka materničnega vratu v Sloveniji in državni program ZORA. Radiol Oncol 2006; 40: Suppl 1: 143-147.
9. Primic Žakelj M, Uršič Vrščaj M, Pogačnik A. Državni presejalni program za raka materničnega vratu ZORA. In: Onkološki inštitut Ljubljana 70 let, Ljubljana: Onkološki inštitut, 2008: 68-73.
10. Primic Žakelj M, Uršič Vrščaj M, Pogačnik A. etc: Presejalni program ZORA po petih letih delovanja že kaže pomembne javnozdravstvene rezultate. ONKOLOGIJA/v žarišču 2009; XIII(1): 4-6.
11. Zadnik V, Primic Žakelj M. SLORA: Slovenija in rak. Epidemiologija in register raka. Onkološki inštitut Ljubljana. www.slora.si < 03.09.2011 >
12. Primic Žakelj M, Uršič Vrščaj M, Pogačnik A. Nekaj podatkov iz poročila o rezultatih državnega programa ZORA v letih 2006 in 2007. ONKOLOGIJA/pregledi 2008; XII (1): 30-32.

13. Primic Žakelj M, Ivanuša U, Pogačnik A. etc. Poročilo o rezultatih državnega programa ZORA v letih 2007 in 2008. Ljubljana: Onkološki inštitut, 2009.
14. Hilton W. L, Jennings-Dozier K, Bradley K. P. etc. The role of nursing in cervical cancer prevention and treatment *Cancer* 2003; 98(9): 2070-2074
<http://onlinelibrary.wiley.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/doi/10.1002/cncr.11677/pdf>
< 10. 08. 2011 >
15. Državni presejalni program ZORA http://zora.onko-i.si/?mod=mi_namenInCilji
<08. 04. 2011>
16. Kranjc M. Državni presejalni program za raka dojk Dora [spacialistično delo]. Ljubljana: Oddelek za zdravstvo, Fakulteta za zdravstvo, Univerza v Ljubljani, 2009.
17. Primic Žakelj M, Kranjc M, Maučec Zakotnik J. Presejanje za raka dojk – kje smo danes. *Radiol Oncol* 2006; 40: Suppl 1: 25-30.
18. Maučec Zakotnik J, Kranjc M, Primic Žakelj M. Vloga in delovanje preventivnih/presejalnih centrov za dojke. *Radiol Oncology* 2006; 40: Suppl 1: 31-43.
19. Kranjc M, Primic Žakelj M. Priprava na državni program presejanja raka dojk (Dora). *ONKOLOGIJA/ v žarišču* 2007; XI(1): 4-9.
20. Kranjc M, Primic Žakelj M, Hertl K. etc. Dora- začenja se državni presejalni program za raka dojk. *ONKOLOGIJA/ v žarišču* 2008; XII(1): 4-9.
21. Kranjc M. Državni presejalni program za raka dojk Dora. In: Onkološki inštitut Ljubljana 70 let, Ljubljana: Onkološki inštitut, 2008: 64-67.
22. Hertl K, Renner M, Vargazon T. etc. Preiskovalne metode pri odkrivanju raka dojk. In: Štabuc B, Primic Žakelj M, Čeh F. eds: XIII. Seminar » in memoriam dr. Dušana Reje«: Zgodnje odkrivanje raka - izzivi za prihodnost, Ljubljana: Zveza slovenskih društev za boj proti raku, 2005: 23-27.
23. Primic Žakelj M, Kranjc M, Noč G. etc. Državni presejalni program za raka dojk-Dora: Poročilo za obdobje: oktober 2007-julij 2008. Ljubljana: Onkološki inštitut, 2008.
24. Ceber E, Turk M, Ciceklioglu M. The effects of an educational program on knowledge of breast cancer, early detection practices and health beliefs and midwives. *Journal of clinical nursing* 2011; 19(15-16): 2363-2371
<http://onlinelibrary.wiley.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/doi/10.1111/j.1365-2702.2009.03150.x/pdf> < 10.08.2011 >
25. Državni presejalni program Dora. <http://dora.onko-i.si/preventiva/index.html>
<08. 04. 2011>
26. Primic Žakelj M, Zadnik V, Žagar T. Epidemiologija raka debelega črevesja in danke In: Potrč S. 1. Mariborski onkološki dan: Simpozij z mednarodno udeležbo na temo

- razsejani rak debelega črevesja in danke, Maribor, 21. november 2008, Maribor: Oddelek za abdominalno in splošno kirurgijo, Kirurška klinika UKC Maribor, 2008: 22-29.
27. Skok P. Zgodnje odkrivanje raka na debelega črevesja in danke. In: Štabuc B, Primic Žakelj M, Čeh F. ect. XIII. Seminar » in memoriam dr. Dušana Reje«: Zgodnje odkrivanje raka - izzivi za prihodnost, Ljubljana: Zveza slovenskih društev za boj proti raku, 2005: 65-73.
28. Maučec Zakotnik J, Novak Mlakar D. Državni program organiziranega presejanja in zgodnje odkrivanje raka na debelem črevesju in danki – program Svit. In: Borštnar S, Matos E, Novaković S. ect. 21. Onkološki vikend: Bolniki in strokovnjaki – skupaj uspešnejši pri premagovanju raka, Laško, 6. In 7. Junij 2008, Ljubljana: Kancerološko združenje slovenskega zdravniškega združenja: Onkološki inštitut: Zveza slovenskih društev za boj proti raku, 2008: 21-33.
29. Maučec Zakotnik J, Novak Mlakar D. Presejanje za raka debelega črevesja in danke pri asimptomatski populaciji v starosti 50 do 69 let. *Radiol Oncol* 2006; 40: Suppl 1: 95-105.
30. Štabuc B. Odkrivanje in preprečevanje zgodnjih oblik raka debelega črevesja in danke. *Radiol Oncol* 2006; 40: Suppl 1: 107-114.
31. Maučec Zakotnik J, Novak Mlakar D, Štern B. Svit - državni program presajanja in zgodnjega odkrivanja predrakavih sprememb in raka na debelem črevesju in danki: Zbornik prve javne predstavitve politični in strokovni javnosti, medijem in nevladnim organizacijam. Ljubljana: Zdravstveni dom Ljubljana, enota preventive CINDI, 2009.
32. Tepeš, Stefanović M, Bračko M. ect. Rezultati pilotne faze presejalnega Svit. *Zdravi vestn* 2010; 79(5): 404-410.
33. Inštitut za varovanje zdravja, Center za krepitev zdravja in obvladovanje kroničnih bolezni, Oddelek Svit (2010).
34. B. Levin, R. A. Smith, G. L. Feldman. etc. Promoting early detection tests for colorectal carcinoma and adenomatous polyps *Cancer* 2002; 95(8): 1618-1628. <http://onlinelibrary.wiley.com.nukweb.nuk.uni-lj.si/doi/10.1002/cncr.10890/pdf> < 10. 08. 2011>